Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Abrechnung von psychotherapeutischen Nachsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche für das Jahr Auswahl Jahr

Hinweis: Bitte übersenden Sie Ihre Abrechnungsunterlagen nach Beendigung der Leistungen an den in der Nachsorgeempfehlung aufgeführten Rentenversicherungsträger.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Angaben zum Nachsorgeanbieter

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Telefon	E-Mail-Adresse

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Leistung zur Nachsorge vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Anzahl der Gruppengespräche		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Anzahl der Einzelgespräche		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Anzahl der Angehörigengespräche		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Gesamtbetrag				=	EUR Cent	

G4906-00 DRV
Version 04007 - EGKJRH 3/2025 - Stand 01.01.2026

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich eine der folgenden Qualifikationen habe:

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut (nach dem alten Psychotherapeutengesetz - PsychThG) oder
- Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut mit abgeschlossener fachpsychotherapeutischer Gebietsweiterbildung (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) nach dem neuen PsychThG oder
- Psychotherapeutin / Psychotherapeut nach dem neuen PsychThG, tätig in einer Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche, in der eine entsprechende Fachaufsicht gewährleistet ist oder
- ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeuten

Ich bitte, den Gesamtbetrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number) **D E**	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Institutionskennzeichen (IK-Nr.)	Rechnungsnummer / Aktenzeichen

Hinweis der Deutschen Rentenversicherung:
Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die **Dokumentation der Nachsorge für Kinder und Jugendliche** (G4903-00) und der **Teilnahmenachweis** (G4904-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass folgende Kontaktdaten

☐ Name

☐ Praxis-Adresse

☐ Telefonnummer

☐ E-Mail-Adresse

zum Zwecke der Einleitung weiterer Nachsorgeleistungen in einer Liste von Nachsorgeanbietern der Deutschen Rentenversicherung im Internet veröffentlicht werden. Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem oben genannten Rentenversicherungsträger widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Nachsorgeanbieters