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 Sport- und Bewegungstherapie 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. Bei Einzelterminen sind bis zu 2 Hausbesuche möglich. Falls Hausbesuche durchgeführt werden, werden diese entsprechend dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung abgerechnet.

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

G4909-00 DRV
Version 02002 - EGKJRH 1/2026 - Stand 27.02.2026

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

Anzahl Gruppenleistung		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Einweisungstraining (bei Gruppenleistung)		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Anzahl Einzelleistung		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Anzahl Hausbesuche		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Gesamtbetrag				=	EUR Cent	

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen habe.

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

- Krankengymnastin / Krankengymnast beziehungsweise Physiotherapeutin / Physiotherapeut mit Teilnahme am
  - Grundkurs **M**edizinische **T**rainings-**T**herapie (MTT) (mindestens 50 UE) **oder**
  - Kurs **K**ranken**g**ymnastik-**G**erät (40 UE) + 10 UE MTT (T-RENA Ergänzungskurs)
- Physiotherapeutin / Physiotherapeut mit der Zusatzqualifikation 160 UE **E**rweiterte **A**mbulante **P**hysiotherapie (EAP)
- Sportwissenschaftlerin / Sportwissenschaftler (Diplom, Bachelor, Master, Magister) mit Fachrichtung **oder** Studienschwerpunkt "Rehabilitation" **und** Teilnahme am MTT-Kurs (100 UE)
- Mit der Zusatzqualifikation "Sport- und Bewegungstherapeutin / Sport- und Bewegungstherapeut des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS)" für die Indikation Orthopädie / Rheumatologie / Traumatologie (beinhaltet mindestens 100 UE MTT) werden auch anerkannt:
  - Studienabsolventinnen / Studienabsolventen (Diplom, Bachelor, Master, Magister) mit Schwerpunkt "Sport", "Bewegung", "Gesundheit" oder ähnlich
  - Sport- und Gymnastiklehrerin / Sport- und Gymnastiklehrer.

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

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