

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

MSAT / MSNR

Zuständiger Rentenversicherungsträger:
**Anlage zur Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge - IRENA
Somatik / Psychosomatik (Teilnahmenachweis)**
**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau**

Stempel der Rehabilitationseinrichtung

Teilnahme an **IRENA**

vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>

Institutionskennzeichen

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
<div></div>	<div></div>

Therapeutische Leistungen		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Gruppenleistung am (Datum)	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Therapeutische Leistungen		Bestätigung Teilnehmerin / Teilnehmer
Laufende Nummer	Gruppenleistung am (Datum)	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
Summe der Gruppenleistungen:		

IRENA Psychosomatik

Therapeutische Leistungen			Bestätigung	
Laufende Nummer	Einzelgespräch bei Durchführung als Gruppenleistung (Datum)		Teilnehmerin / Teilnehmer	Therapeutin / Therapeut
1	Aufnahmegespräch			
2	Abschlussgespräch			

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die Anzahl der maximal möglichen Gruppenteilnehmer von 10 Personen nicht überschritten wurde.

Diese Anlage ist Voraussetzung für die Abrechnung der IRENA.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel der Therapeutin / des Therapeuten der Rehabilitationseinrichtung

