Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat 8099
10704 Berlin

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Honorar - Abrechnung für die Befundberichte:

ZE-Nr. (falls vorhanden)

G1204 / G1205 (Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag)
G1443 (Ärztlicher Befundbericht für Leistungen zur onkologischen Rehabilitation)
G2401 (Ärztlicher Befundbericht für Kinderrehabilitation) oder
G3004 / G3005 (Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Ärztlicher Befundbericht 25,20 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn einer der o. g. Befundberichte und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen ist.

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

PLZ	Ort

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	

Geldinstitut (Name, Ort)

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer

Rechnung vom

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel

Durchschrift für die Ärztin / den Arzt

Deutsche Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat 8099
10704 Berlin

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Honorar - Abrechnung für die Befundberichte:

ZE-Nr. (falls vorhanden)

G1204 / G1205 (Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag)
G1443 (Ärztlicher Befundbericht für Leistungen zur onkologischen Rehabilitation)
G2401 (Ärztlicher Befundbericht für Kinderrehabilitation) oder
G3004 / G3005 (Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Ärztlicher Befundbericht 25,20 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn einer der o. g. Befundberichte und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen ist.

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

PLZ	Ort

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	

Geldinstitut (Name, Ort)

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer

Rechnung vom

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel