

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Deutsche
Rentenversicherung



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSNR

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat 8099
10704 Berlin

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für

Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------------------	--------------

Honorar - Abrechnung für die Befundberichte:

- Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag
- Ärztlicher Befundbericht für Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
- Ärztlicher Befundbericht für Kinderrehabilitation oder
- Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Ärztlicher Befundbericht 25,20 EUR

ZE-Nr. (falls vorhanden)

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

Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
PLZ	Ort

Bitte Bankverbindung unbedingt in den nachfolgenden Feldern eintragen.

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

Geldinstitut (Name, Ort)

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer _____

Rechnung vom

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

