

Versicherungsnummer (ggf. der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird)

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--

Deutsche Rentenversicherung

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht

G0600

Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien):
28,91 EUR

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Personalien der Versicherten / des Versicherten (falls abweichend von der Patientin / dem Patienten)

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Geschäftskonto der Zahlungsempfängerin / des Zahlungsempfängers

Institutionskennzeichen
IBAN (International Bank Account Number)
D E
Geldinstitut (Name, Ort)
Kontoinhaberin / Kontoinhaber
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)



