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

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht

G0600

Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigefügte 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 5 4 1 1 0 0 1 1 6	
IBAN (International Bank Account Number) D E 9 7 1 0 0 5 0 0 0 0 6 6 1 0 0 1 5 0 9 9	
Geldinstitut (Name, Ort) herzhaus Reha -Tagesklinik	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber herzhaus Reha -Tagesklinik	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort Krausenstr. 40/41, 10117 Berlin	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

G0600-00 DRV
Version 09009 - AGDR 1/2018 - Stand 01.01.2019