

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

Kennzeichen (soweit bekannt)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht

G0600

Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien):
28,44 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.

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

| | |
|--|----------------------------|
| IBAN (International Bank Account Number) | BIC (Bank Identifier Code) |
| D E | |
| Geldinstitut (Name, Ort) | |
| Kontoinhaber / Kontoinhaber | |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | |

| | | |
|---------------------------------|-----------------|--------------|
| Bitte unbedingt angeben: | Rechnungsnummer | Rechnung vom |
| | | |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers

Deutsche Rentenversicherung



