

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

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

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:**

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)

ZE-Nr. (falls vorhanden)
--------------------------

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.**

Kontoinhaber / Kontoinhaber	
PLZ	Ort

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

Geldinstitut (Name, Ort)

Bitte unbedingt angeben:	Rechnung vom
Rechnungsnummer	

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes



Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 BerlinTelefon 030 865-0, Fax 030 865-27240  
Servicetelefon: 0800 100048070  
drv@drv-bund.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bund.deDeutsche  
Rentenversicherung

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

MSNR

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

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)

ZE-Nr. (falls vorhanden)

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

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

