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): 33,47 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)



**G0600-00 DRV**
Version 12012 - AGDR 1/2018 - Stand 01.01.2025