

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

Kennzeichen (soweit bekannt)

**Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht**  
 (für Rehabilitationsleistungen oder Präventionsleistungen)

**G600**

 Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien):  
 28,20 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)
<b>D E</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

<b>Bitte unbedingt angeben:</b>	Rechnungsnummer	Rechnung vom
---------------------------------	-----------------	--------------

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers

**Deutsche Rentenversicherung**