

Deutsche Rentenversicherung Bund

Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240  
Servicetelefon: 0800 3331919  
kontakt@drv-bund.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Deutsche  
Rentenversicherung

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 Berlin



Versicherungsnummer	BKZ	MSNR
---------------------	-----	------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Bearbeitungskennzeichen (BKZ), Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Deutsche Rentenversicherung Bund  
10704 Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund  
10704 Berlin

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für

Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------	--------------

Honorar - Abrechnung

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

Ärztlicher Befundbericht 25,20 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Befundbericht G3004 und G3005 und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen ist.

Kontoinhaberin / Kontoinhaber
-------------------------------

PLZ	Ort
-----	-----

BLZ	Kontonummer
-----	-------------

Geldinstitut (Name, Ort)
--------------------------

--

--

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer	Rechnung vom

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel



Versicherungsnummer

BKZ

MSNR

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Bearbeitungskennzeichen (BKZ), Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Deutsche Rentenversicherung Bund  
10704 Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund  
10704 Berlin

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für

Patient (Name, Vorname) Geburtsdatum

Honorar - Abrechnung

ZE-Nr. (falls vorhanden)

Ärztlicher Befundbericht 25,20 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Befundbericht G3004 und G3005 und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen ist.

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

PLZ Ort

BLZ Kontonummer

Geldinstitut (Name, Ort)

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer Rechnung vom

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel