

| | | |
|---------------------|--|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | | |



Deutsche
Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung

Honorarabrechnung für die Deutsche Rentenversicherung

S0050

Die Vergütung ist nur möglich, wenn dieses und die im folgenden angekreuzten Formulare vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift versehen sind.

Die Erstellung des Befundberichts erfolgte im Zusammenhang mit einem Antrag auf:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- Erwerbsminderungsrente
- _____

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau**

Befundberichte im Zusammenhang mit einer Kinderrehabilitation und einer Anschlussrehabilitation (AHB) sind mit dem Formular G0600 abzurechnen.

- Vergütung für das Formular S0051 - Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung in Höhe von 41,04 EUR
- Vergütung für das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation in Höhe von 5 EUR

In der Vergütung sind Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien enthalten.

Personalien der Patientin / des Patienten

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| | |

Personalien der Versicherten / des Versicherten (falls abweichend von der Patientin / dem Patienten)

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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 Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin /
psychologischer Psychotherapeut

