





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

Deutsche Rentenversicherung Bund  
10704 Berlin

~~Deutsche Rentenversicherung Bund  
10704 Berlin~~

**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bzw. zur  
Nachprüfung der weiteren Rentenberechtigung**

Patient (Name, Vorname) Geburtsdatum

**Honorar-Abrechnung**

Ärztlicher Befundbericht

25,20 EUR

ZE-Nr. (falls vorhanden)

Um es unserer Bank zu ermöglichen, dass unsere Zahlungen an Sie beschleunigt weitergeleitet werden, bitten wir Sie, uns zu Ihrer Bankverbindung die korrekte IBAN und den entsprechenden BIC mitzuteilen. Diese Information erhalten Sie auf Nachfrage von Ihrer kontoführenden Bank. Bitte achten Sie auf die korrekte Weitergabe dieser Daten bei der Übermittlung an uns. Bitte berücksichtigen Sie, dass nur mit diesen Informationen eine schnelle und kostengünstige Überweisung möglich ist.

Kontoinhaber (Name, Vorname)

PLZ | Ort

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Bezeichnung des Geldinstituts

**Bitte unbedingt angeben**

Rechnungsnummer

\_\_\_\_\_ vom 

Tag	Monat	Jahr

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes bzw. des Krankenhauses