



per Fax 0251 238-2796

Deutsche Rentenversicherung
Westfalen
Abteilung für Rehabilitation
Frau Klünder / Herrn Nolte
48125 Münster

Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes

Fragebogen 2 (5 bis 7 Monate nach Abschluss der Kinderrehabilitation)

Name, Vorname, Geburtsdatum des versicherten Elternteils	Versicherungsnummer
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Die folgenden Fragen werden beantwortet in Patientenkontakt nach Aktenlage

1 Wie viele Kontakte hatten Sie in den letzten 6 Monaten nach Abschluss der Rehabilitation mit Ihrer Patientin / Ihrem Patienten?

1 Kontakt 2 bis 5 Kontakte 5 bis 10 Kontakte mehr als 10 Kontakte

2 Sind die Reha-Ergebnisse unter Alltagsbedingungen stabil geblieben?

- Wissen um die Krankheit ja nein
- Umgang mit der Krankheit ja nein
- Verbesserung objektiver Parameter der Krankheit ja nein

3 Liegt eine positive Änderung bei folgenden Sekundärerkrankungen vor?

- pulmonal ja nein trifft nicht zu
- metabolisch ja nein trifft nicht zu
- psychisch ja nein trifft nicht zu
- sonstige (bitte angeben): _____ ja nein trifft nicht zu

4 Konnte die Patientin / der Patient bezüglich Frage 2 von seinem familiären Umfeld unterstützt werden?

ja nein

5 Halten Sie Unterstützung durch eine professionelle Einrichtung für erforderlich?

ja nein

6 Liegt bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten Schul- bzw. Ausbildungsfähigkeit vor?

ja nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes



Honorarabrechnung

entsprechend der Vereinbarung zwischen dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., dem Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V. und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. mit der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Name, Vorname, Geburtsdatum des versicherten Elternteils	Versicherungsnummer
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Für das Ausfüllen des Fragebogens 5 bis 7 Monate nach Abschluss der Kinderrehabilitation bitte ich um Überweisung von **30,41 EUR**.

Zahlungsempfänger

Name des Kontoinhabers (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Bankverbindung → bitte das **Geschäftskonto** angeben

Institutionskennzeichen	oder:	IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
		D, E	
Geldinstitut (Name, Ort)			
Rechnungsnummer			

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Fragebogen und die Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen sind.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass es sich bei der o. a. Bankverbindung um **das Geschäftskonto** handelt.

→ Hinweis: Die Verpflichtung zur Selbstangabe gegenüber dem Finanzamt bleibt hiervon unberührt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Wird vom Rentenversicherungsträger ausgefüllt

Rechnung per AA 0747 beglichen

Unterschrift, Datum