

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--



**Deutsche Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--

**Anforderung der Vergütung für Nachsorgeleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen inklusive Teilnahmebestätigung**

# G0406

Deutsche Rentenversicherung

Name und Anschrift der Nachsorgeeinrichtung
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner, Telefon, Telefax, E-Mail

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Teilnahmebestätigung**

Lfd. Nr.	Datum	GG	EG	BG	Unterschrift der / des Teilnehmenden

Lfd. Nr.	Datum	GG	EG	BG	Unterschrift der / des Teilnehmenden
Summe:					

GG = Gruppengespräch (Mindestdauer 100 Minuten)  
 EG = Einzelgespräch (Mindestdauer 50 Minuten)  
 BG = Gespräche mit Bezugspersonen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

### Abrechnung

Gesprächstermine	X	EUR	Cent	=	EUR	Cent

Institutionskennzeichen	Aktenzeichen / Geschäftszeichen der Einrichtung / Rechnungsnummer

Wir bitten, den Betrag auf folgendes Konto des Trägers der Nachsorgeeinrichtung zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	
<b>D E</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

### Hinweis der Deutschen Rentenversicherung:

Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn der Abschlussbericht für Nachsorgeleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen (**G0405**) als Anlage beigefügt ist.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leiterin / Leiter der Nachsorgeeinrichtung

