

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT/ MSNR

Antrag zur Abrechnung von arbeitsbezogenen Interventionen

G0415

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)

Datum	Therapeutische Leistung	KTL	Zeitdauer in Minuten

Gesamtdauer:
Geteilt durch 60 Minuten:
Erstattungsfähige Einheiten:

Ich bestätige die Teilnahme an den oben aufgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Erstattungsbetrag: _____ Einheiten x _____ EUR = _____ EUR

(IBAN / BIC, vergleiche Kontoauszug):

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

D E _____
Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber, sofern von der Berechtigten / von dem Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung



