Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Anforderung der Vergütung für Leistungen der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

G0419

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers	Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung Ansprechpartnerin / Ansprechpartner, Telefon, E-Mail

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Sehr geehrte Damen und Herren,

die nach der beigefügten Leistungsdokumentation (G0420) durchgeführten Leistungen der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen rechnen wir wie folgt ab:

Gesprächstermine		EUR Cent		EUR Cent
	X		=	

Institutionskennzeichen	Aktenzeichen / Geschäftszeichen der Einrichtung / Rechnungsnummer

☐ Für die Anforderung der Vergütung von arbeitsbezogenen Interventionen ist das Formular G0415 beigefügt.

Wir bitten, den Betrag auf folgendes Konto der Rehabilitationseinrichtung zu überweisen:

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

Hinweis: Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die Leistungsdokumentation der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen **(G0420)** beigefügt ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung

G0419-00 DRV
Version 03003 - EGAE 3/2025 - Stand 06.11.2025