

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

Suchtanamnese

Sozialmedizinische Beurteilung des Suchtleidens

Handelt es sich um eine Suchtkrankheit mit typischen Merkmalen?

☐ ja ☐ nein

Ist wegen der Suchtkrankheit eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich?

☐ ja, und zwar ☐ stationär ☐ ambulant ☐ ganztägig ambulant ☐ nein

Prognose

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie etc.)

Verständigung in deutscher Sprache möglich? ☐ ja ☐ nein, in welcher: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen:

Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen: ☐

Die Erstellung des Befundberichts wurde veranlasst von		Der Befundbericht wird nur dann von der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation honoriert, wenn er von einer Beratungsstelle für Abhängigkeitskranke oder von der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft in Auftrag gegeben worden ist.
Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder Arztstempel	Telefonnummer	Datum und Unterschrift
	Telefaxnummer	

Honorarabrechnung

► Bitte übersenden Sie die Honorarabrechnung in einfacher Ausfertigung zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht an die Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Versicherungsnummer										Abt.-Nr.																													
Name, Vorname															Geburtsdatum (kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)																								
Straße und Hausnummer															Postleitzahl										Wohnort														

Das Honorar (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten, Kosten für beigelegte Fotokopien) für den von mir erstellten ärztlichen Befundbericht in Höhe von

33,47 EUR

überweisen Sie bitte an

Zahlungsempfänger

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

Bankverbindung → bitte das Geschäftskonto angeben

IK (Institutionskennzeichen)															oder:																								
IBAN (International Bank Account Number)																														BIC (Bank Identifier Code)									
D E																																							
Bezeichnung des Geldinstituts																																							

Bitte unbedingt angeben:															Rechnungsnummer															Rechnung vom									
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Vergütung ist nur möglich, wenn der Befundbericht

- von einer Beratungsstelle für Abhängigkeitskranke oder von der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft in Auftrag gegeben worden ist und
- vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel des Arztes versehen ist.

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

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

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**An die
Westfälische Arbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation
(im Haus der Deutschen
Rentenversicherung Westfalen)
48125 Münster**

**Wird von der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation ausgefüllt**

☐ Rechnung per AA 0747 beglichen

Datum und Unterschrift