

|                           |                                 |      |                            |
|---------------------------|---------------------------------|------|----------------------------|
| Rentenversicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | oder | Krankenversicherungsnummer |
|                           |                                 |      |                            |

MSAT / MSNR

|  |
|--|
|  |
|--|

Bitte tragen Sie nur die Nummer des zuständigen Rehabilitationsträgers ein

**Anforderung der Vergütung für Leistungen der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

**G0419**

|   |  |
|---|--|
| Name und Anschrift des Rehabilitationsträgers | 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 Abhängigkeitskranker rechnen wir wie folgt ab:

|                  |   |     |      |   |     |      |
|------------------|---|-----|------|---|-----|------|
| Gesprächstermine | X | EUR | Cent | = | EUR | Cent |
|                  |   |     |      |   |     |      |

|                                      |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Abrechnungspositionsnummer (nur GKV) | Abrechnungspositionsnummer (nur GKV) | Abrechnungspositionsnummer (nur GKV) |
|                                      |                                      |                                      |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Institutionskennzeichen | Aktenzeichen / Geschäftszeichen der Einrichtung / Rechnungsnummer |
|                         |   |

Für die Anforderung der Vergütung von arbeitsbezogenen Interventionen (nur Rentenversicherung) ist das Formular G0415 beigefügt.

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

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

**Hinweis der Rehabilitationsträger:** Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die Leistungsdokumentation der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker (**G0420**) und gegebenenfalls der Antrag zur Abrechnung von arbeitsbezogenen Interventionen (G0415) beigefügt sind.

Ort, Datum

Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung



