



Aktenzeichen:

ANTRAG auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung <small>Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift oder Maschinenschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen!</small>			
A. Angaben zur Person			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	
B. Angaben zur Beruflichen Tätigkeit seit Beginn der letzten Zeitrente			
1. Sind oder waren Sie selbstständig erwerbstätig?			
<input type="checkbox"/> nein _____ <small>Datum und Grund der Aufgabe (z. B. Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt – bitte nachweisen)</small>			
<input type="checkbox"/> ja			
<input type="checkbox"/> im eigenen land-, forstwirtschaftlichen oder gärtnerischen Unternehmen bzw. des eines Familienangehörigen			
<input type="checkbox"/> im eigenen gewerblichen Betrieb bzw. des eines Familienangehörigen			
<input type="checkbox"/> im sonstigen freien Beruf			
_____ <small>Art und Umfang der Tätigkeit</small>			
2.1 Sind Sie außerhalb der Land- und Forstwirtschaft oder dem Gartenbau als Arbeitnehmer (auch geringfügig) beschäftigt?			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ bis _____ <small>Beschäftigung/Tätigkeit Tag, Monat, Jahr</small>			
_____ <small>Name, Anschrift des Arbeitgebers</small>			
2.2 Wie ist / war Ihre tägliche Arbeitszeit? _____ <small>Tage pro Woche; Stunden täglich</small>			
2.3 Besteht das Arbeitsverhältnis (zumindest formal) noch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			



Aktenzeichen:

C. Angaben zur Erwerbsminderung seit Beginn der letzten Zeitrente

1 a. Ist ein Weiterzahlungsantrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der Deutschen Rentenversicherung gestellt worden oder ist das weitere Vorliegen einer Erwerbsminderung bereits anerkannt worden?

nein

ja, und zwar

Name des Rentenversicherungsträgers

Versicherungsnummer

1 b. Ist zwischenzeitlich ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der Deutschen Rentenversicherung gestellt worden oder ist eine Erwerbsminderung anerkannt worden?

nein

ja, und zwar

Name des Rentenversicherungsträgers

Versicherungsnummer

Falls ja, sind die Nummern 2 – 6 nicht mehr auszufüllen. Bitte den Rentenbescheid beifügen.

2. Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für weiterhin erwerbsgemindert?

3. Ist eine Erwerbsminderung von anderen Stellen (z. B. wegen Arbeitsunfall, Schwerbehinderung) anerkannt worden oder wurden Sie amtsärztlich untersucht?

nein

ja und zwar

Name der Behörde

Aktenzeichen

4. Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst?

nein

ja und zwar

Name der Behörde

Aktenzeichen

5. Sind Sie in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?

nein

ja, bei

Name und Anschrift des Arztes

Einen ärztlichen Befundbericht des behandelnden Arztes (Anlage K) und sofern vorhanden weitere medizinische Unterlagen in Kopie bitte beifügen.

6. Wurden Sie in der letzten Zeit **stationär** behandelt?

nein

ja, und zwar

Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung

Wann?

Monat, Jahr

7. Ist seit Beginn der letzten Zeitrente eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt oder ist eine solche Leistung beantragt worden?

nein

ja, bei/von

Versicherungsträger

Aktenzeichen

Wann?

Monat, Jahr



Aktenzeichen:

D. Erklärung und Information

1. Es kann erforderlich werden, die mit ärztlichen und psychologischen Begutachtungen erhobenen personenbezogenen Daten an andere Sozialleistungsträger oder an selbstständige Gutachter weiterzugeben. Einer solchen Übermittlung können Sie widersprechen. Ihr Widerspruch kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen Sozialleistungen ganz oder teilweise versagt werden.
Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen ich vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse.
Unter den gleichen Voraussetzungen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Alterskasse Versicherungsunterlagen, Akten, Gutachten, Krankenunterlagen und Röntgenaufnahmen von anderen Sozialleistungsträgern, von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen und von Gerichten bezieht und auswertet.
 2. Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheides, mitteilen.
 3. Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass
 - der Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn die Fragen in den Antragsvordrucken vollständig beantwortet sind,
 - sich die Pflicht, beim Ausfüllen des Antragsvordrucks mitzuwirken, Beweismittel anzugeben und vorzulegen sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, aus § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) ergibt,
 - hinsichtlich der Leistungsgewährung einzelne Angaben im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflicht an andere Sozialversicherungsträger weitergegeben werden können.
 4. Ich bin damit einverstanden, dass eine Rentennachzahlung
 - zur Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (Alterskasse, Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Pflegekasse) einbehalten wird.
- Die in Punkt 4 genannte Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung soll nicht durch Einbehalt von der Rente erfolgen. Die Forderungen sind direkt von mir bzw. meinem Ehegatten anzufordern.

Als Anlagen zum Antrag sind beigelegt (bitte ankreuzen)

- Anlage K – Ärztl. Befund- u. Behandlungsbericht
- Anlage J – Erklärung zum Hinzuverdienst bei EMR
- weitere medizinische Unterlagen
- _____

_____ Datum

_____ Unterschrift des Antragstellers

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.



Aktenzeichen:

Erklärung zur Weitergabe und Anforderung medizinischer Unterlagen	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
<p>Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen ich vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse.</p> <p>Unter den gleichen Voraussetzungen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Alterskasse Versicherungsunterlagen, Akten, Gutachten, Krankenunterlagen und Röntgenaufnahmen von anderen Sozialleistungsträgern, von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen und von Gerichten bezieht und auswertet.</p> <p>Es kann erforderlich werden, die mit ärztlichen und psychologischen Begutachtungen erhobenen personenbezogenen Daten an andere Sozialleistungsträger oder an selbständige Gutachter weiterzugeben. Einer solchen Übermittlung können Sie widersprechen. Ihr Widerspruch kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen Sozialleistungen ganz oder teilweise versagt werden.</p> <p>Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – SGB I).</p>	
_____ Datum	_____ Unterschrift
<p>Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.</p>	



Aktenzeichen:

C. Erklärung des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.
Ich verpflichte mich, die Alterskasse unverzüglich zu benachrichtigen, wenn

- sich eine Änderung in der Höhe meines Einkommens ergibt oder
- eine der vorgenannten Einkommensarten erstmalig gezahlt oder beantragt wird.

Ich erkläre hiermit, dass ich mit der Anforderung von ergänzenden Nachweisen über die Höhe meines Einkommens bei den zuständigen Leistungsträgern und Finanzbehörden einverstanden bin.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.

Als Anlagen sind beigefügt



Informationen zum Hinzuverdienst bei Renten wegen Erwerbsminderung

Ein Hinzuverdienst beeinflusst die Höhe der Rente

1. Allgemeines

Einkommen, das neben der Rente erzielt wird, kann sich auf die Rentenhöhe auswirken. Als Hinzuverdienst sind Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder kurzfristiges Erwerbserstatzeinkommen, die neben einer Rente wegen Erwerbsminderung bezogen werden, zu berücksichtigen. Maßgebend ist das monatliche Einkommen.

Wird eine Hinzuverdienstgrenze überschritten, erfolgt die Zahlung der Rente abhängig vom erzielten Hinzuverdienst in anteiliger Höhe oder die Rentenzahlung ruht vollständig. Nach Erreichen der Regelaltersgrenze ist ein Hinzuverdienst nicht mehr zu berücksichtigen.

2. Ermittlung der Hinzuverdienstgrenzen, Verfahren

In Abhängigkeit davon, ob eine **teilweise** oder **volle** Erwerbsminderungsrente geleistet wird, gelten unterschiedliche monatliche Hinzuverdienstgrenzen.

3. Zu berücksichtigendes Einkommen

Einkommen aus mehreren Beschäftigungen und/oder Tätigkeiten werden grundsätzlich zusammengesamt. Dabei ist zu beachten, dass nur ein Verlustausgleich innerhalb der Einkommensart zulässig ist. Leistungen ausländischer Stellen, die den nationalen Leistungen gleichgestellt sind, werden gleichermaßen angerechnet.

3.1 Arbeitsentgelt

Zum Arbeitsentgelt zählen alle laufenden und einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung (auch aus geringfügiger Beschäftigung/Minijob). Leistet ein Berechtigter Altersteilzeit, ist bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts nur das erzielte Arbeitsentgelt zugrunde zu legen. Der vom Arbeitgeber steuerfrei gezahlte Aufstockungsbetrag bleibt unberücksichtigt. Der Bezug von Vorruhestandsgeld steht dem Arbeitsentgelt gleich; hierbei handelt es sich um Leistungen, die der Arbeitgeber an ausgeschiedene Arbeitnehmer zahlt. Als Entgelt ist der Bruttobetrag anzurechnen.

3.2 Arbeitseinkommen

Der Begriff des Arbeitseinkommens umfasst die Einkünfte, die nach dem Einkommensteuergesetz als Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder selbstständiger Arbeit bewertet werden, unabhängig von der Ausübung einer Tätigkeit, deshalb auch z. B. den Gewinn aus der Erzeugung regenerativer Energien mittels Photovoltaik- oder Windkraftanlagen. Anhaltspunkt für die Höhe des aktuellen Einkommens kann der letzte Einkommensteuerbescheid sein.

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft sind zu berücksichtigen, wenn der Rentenbezieher Landwirt ist. Landwirt im Sinne des ALG ist, wer ein land-, forstwirtschaftliches oder gärtnerisches Unternehmen betreibt oder an einem solchen Unternehmen beteiligt ist, das die Mindestgröße erreicht. Der Ehegatte gilt als Landwirt. Eine Versicherungsfreiheit oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht beeinflusst die Landwirtseigenschaft nicht.

Das Arbeitseinkommen, welches im Ergebnis dem steuerrechtlichen Gewinn entspricht, ist, sofern ein Einkommensteuerbescheid noch nicht vorliegt, im Rahmen einer vorausschauenden Betrachtung zu ermitteln, das heißt gegebenenfalls zu schätzen. Der Schätzung sind zugrunde zu legen:

- eine Bescheinigung des Steuerberaters,
- die entsprechende Erklärung des Berechtigten,
- der maßgebende Teil der Steuererklärung oder
- die erstellte Bilanz mit entsprechender Gewinn- und Verlustrechnung.

3.3 Vergleichbares Einkommen

Zum vergleichbaren Einkommen gehören insbesondere Überbrückungsgelder des Arbeitgebers, Abfindungen des Arbeitgebers wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses soweit hierdurch der Verlust von Arbeitsentgelt ausgeglichen wird, Aufwandsentschädigungen soweit sie steuerpflichtig sind, Bezüge von Ministern, parlamentarischen Staatssekretären sowie Abgeordneten (nicht jedoch die zusätzlich gewährte Aufwendungspauschale).



3.4 Sozialleistungen

Bei der Prüfung der Hinzuverdienstgrenze sind bei den Erwerbsminderungsrenten auch bestimmte kurzfristige Erwerbsersatzeinkommen anzurechnen. In Abhängigkeit von der Rentenart **teilweise** oder **volle** Erwerbsminderungsrente werden unterschiedliche Erwerbsersatzeinkommen angerechnet.

Es ist nicht der Betrag der Sozialleistung selbst anzurechnen, sondern die beitragspflichtige Einnahme, die der Sozialleistung zugrunde liegt.

3.4.1 Rente wegen voller Erwerbsminderung

Bei dieser Rente steht das für denselben Zeitraum gewährte

- Verletztengeld und das
- Übergangsgeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung dem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen gleich.

3.4.2 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Bei dieser Rente stehen die nachfolgend aufgeführten Sozialleistungen dem Entgelt oder Einkommen gleich:

- Arbeitslosengeld,
- Kurzarbeitergeld, Saison-Kurzarbeitergeld, Transferkurzarbeitergeld,
- Qualifizierungsgeld,
- Insolvenzgeld,
- Verletztengeld,
- Pflegeunterstützungsgeld,
- Mutterschaftsgeld,
- Krankengeld, das aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung geleistet wird, die nach dem Rentenbeginn begonnen hat,
- Krankengeld der Sozialen Entschädigung, das aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit geleistet wird, die nach dem Rentenbeginn eingetreten ist oder aufgrund einer stationären Behandlung geleistet wird, wenn ein nach dem Rentenbeginn erzieltetes Entgelt oder Einkommen zugrunde liegt,
- Übergangsgeld, dem ein Entgelt oder Einkommen zugrunde liegt, welches nach dem Rentenbeginn erzielt wurde oder welches aus der gesetzlichen Unfallversicherung geleistet wird und
- vergleichbare Leistungen einschließlich vergleichbarer Leistungen von einer Stelle im Ausland,



Aktenzeichen:

Anlage K zum Antrag von										
A. Angaben zur Person										
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum									
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer									
B. Ärztlicher Befund- und Behandlungsbericht zum Rentenanspruch										
Nicht auszufüllen, falls bereits ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt wurde.										
1. Behandlung										
Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____ Tag, Monat, Jahr										
Letzter Kontakt am _____ Tag, Monat, Jahr										
Kontakte bestehen <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> seltener										
Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja										
2. Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz										
(Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die Diagnoseschlüssel nach ICD-10 anzugeben.)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)									
1. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
2. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
3. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
4. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
5. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
	<table style="font-size: small;"> <tr> <td>Seitenlokalisierung</td> </tr> <tr> <td>R = rechts</td> </tr> <tr> <td>L = links</td> </tr> <tr> <td>B = beidseits</td> </tr> <tr> <td>Diagnosesicherheit</td> </tr> <tr> <td>A = ausgeschlossene Diagnose</td> </tr> <tr> <td>V = Verdachtsdiagnose</td> </tr> <tr> <td>Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose</td> </tr> <tr> <td>G = gesicherte Diagnose</td> </tr> </table>	Seitenlokalisierung	R = rechts	L = links	B = beidseits	Diagnosesicherheit	A = ausgeschlossene Diagnose	V = Verdachtsdiagnose	Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose	G = gesicherte Diagnose
Seitenlokalisierung										
R = rechts										
L = links										
B = beidseits										
Diagnosesicherheit										
A = ausgeschlossene Diagnose										
V = Verdachtsdiagnose										
Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose										
G = gesicherte Diagnose										
3. Antragsrelevante Anamnese, einschließlich Krankenhausaufenthalte und Berichte von anderen Fachärzten (bitte in Kopie beifügen)										
4. Daraus resultierende Funktionseinschränkungen in Beruf und im Alltag, was ist krankheitsbedingt nicht mehr möglich?										



Aktenzeichen:

5. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe					
	keine Beeinträchtigungen	Ein-schränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>				
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>				
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>				
Mobilität (z. B. Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	<input type="checkbox"/>				
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/>				
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>				
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>				
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (z. B. wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>				
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (z. B. sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>				



Aktenzeichen:

12. Bemerkungen

C. Unterschrift

Anschrift des Arztes

Telefon-Nr. des Arztes

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Landwirtschaftliche Alterskasse honoriert diesen Befundbericht pauschal mit 41,04 €. Bitte verwenden Sie die als Anlage beigefügte Honorarabrechnung.



Aktenzeichen:

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht	
Versicherter	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien)	41,04 €
Das Honorar ist zu überweisen an	
_____	_____
Kontoinhaber	IK
Name und Sitz der Bank	
_____	_____
IBAN	BIC
Zuständiges Finanzamt zur Meldung ggf. im Rahmen der Mitteilungsverordnung	
Bitte unbedingt angeben: _____	
Rechnungsnummer	Rechnungsdatum
_____	_____
Datum	Stempel und Unterschrift
Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen sind.	