Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Anforderung der Vergütung für Suchtnachsorgeleistungen inklusive Abschlussbericht

G405

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

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl / Wohnort	
telefonisch tagsüber zu erreichen, Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Versicherte / der Versicherte hat an den umseitig genannten Tagen an den im **Rahmen der Suchtnachsorge** durchgeführten Einzelgesprächen und / oder Gruppengesprächen teilgenommen.

Hinweis: Im Abschlussbericht ist auf folgende Themen einzugehen: Abstinenz, Erreichung der individuellen Nachsorgeziele, Kontakt zu Selbsthilfegruppen und berufliche und gegebenenfalls soziale Eingliederung.

Abschlussbericht

G0405 DRV
V001 - 17.12.2012 - 1

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Abschlussbericht

Teilnahmebestätigung

Lfd. Nr.	Datum	EG	GG	BG	Unterschrift der / des Versicherten

Lfd. Nr.	Datum	EG	GG	BG	Unterschrift der / des Versicherten
	Summe:				

EG = Einzelgespräch (Mindestdauer 50 Minuten)
GG = Gruppengespräch (Mindestdauer 100 Minuten)
BG = Gespräche mit Bezugspersonen

Abrechnung

IK-Nr.

Anzahl der Gespräche	x Kostensatz	= Rechnungsbetrag
		0,00

Wir bitten, den Betrag auf folgendes Konto des Trägers der Nachsorgeeinrichtung zu überweisen (nur angeben, wenn keine IK-Nr. vorhanden):

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

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift Leiterin / Leiter der Nachsorgeeinrichtung

G0405 DRV
V001 - 17.12.2012 - 1