

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  | geb. am |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |

## AOK-Priomed Online Sehschule - Abrechnungsbogen Arzt – Anlage 2f

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

| Angaben zum Versicherten         |  |
|----------------------------------|--|
| Diagnose (gem. Anlage 1 Punkt 1) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ICD 10, akt. Fassung) |

Hiermit bestätige ich, die ärztliche Gesamtleistung (Anl. 3a) im Rahmen dieser Besonderen Versorgung gemäß meiner vertraglichen Verpflichtung erbracht zu haben. Ich bevollmächtige die CONVEMA GmbH die vertraglich vereinbarten Vergütungen festzustellen und die festgestellten Beträge in meinem Namen und auf meine Rechnung gegenüber der AOK Hessen nach Abschluss der Besonderen Versorgung abzurechnen. Das Recht zum Empfang der abgerechneten Beträge (Inkassovollmacht) ist nicht Gegenstand dieser Vollmacht. Die CONVEMA GmbH wird mich im Rahmen der monatlichen Rechnungsübersichten über die abgerechneten Beträge in Kenntnis setzen. Die Überwachung der Zahlungseingänge obliegt in vollem Umfang mir. Bei festgestellten Unregelmäßigkeiten werde ich die CONVEMA GmbH mit der Bitte um Vermittlung einschalten. Nachfolgend teile ich der CONVEMA GmbH abrechnungsrelevante Angaben zum Versorgungsfall mit.

| Angaben zum Versorgungsfall                     |  |
|---|--|
| Rechnungs-Nr.:                                  |  |
| Behandelnder Arzt (Name, Vorname):              |  |
| Datum Behandlungsbeginn:                        | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Datum Zwischenuntersuchung:                     | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Datum Behandlungsende (nach 90 Tagen):          | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>Anlage 2e – Dokumentation</b>                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Ende der Teilnahme wurde an Caterna übermittelt |  |
| Sonstige Angaben                                |  |

Bitte an folgende Adresse senden:

**CONVEMA GmbH – Servicestelle für Vertragspartner, Karl-Marx-Allee 90A, 10243 Berlin oder Fax 030 – 2593861-499**

Die Verordnung ist nur mit Vorlage der Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten (Anl. 2a) gültig.

Ort, Datum

         

Institutionskennzeichen (falls vorhanden)

Stempel / Unterschrift