

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



Vertrag „Spielend besser sehen!“ - Abrechnungsbogen Arzt - Anlage 2f

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Angaben zum Versicherten	
Diagnose (gem. Anlage 1 Punkt 1.1/1.2) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ICD 10, akt. Fassung)	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose

Hiermit bestätige ich, die ärztliche Gesamtleistung (Anlage 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 zuständigen Krankenkasse 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 Behandlungsende (nach 90 Tagen)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> .20 <input type="text"/> <input type="text"/>
Anlage 2e – Dokumentation	
Ende der Teilnahme wurde an Caterna übermittelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Angaben	

Bitte nach Abschluss der Behandlung an folgende Adresse senden:

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

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt nur mit Vorlage der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 2a) sowie dem Abrechnungsbogen der Caterna (Anlage 2g).

 Ort, Datum

Institutionskennzeichen (falls vorhanden)

Stempel / Unterschrift