

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



Teilnehmende Arztverbände
HNO-Verbund Berlin
Chirurgisch-Orthopädischer Verbund Berlin
Gyn-Verbund Berlin
Augen-Verbund Berlin
Ärztegemeinschaft MZL

10000003



Vorbehandlung Integrierte Verbundversorgung Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V

Einschreibung HNO CO GYN AUGEN

Zeitraum der Vorbehandlung vom ...20 bis ...20

Hauptdiagnose	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <i>ICD 10, akt. Version</i>	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagn.	OPS	<input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <i>OPS 301, akt. Version</i>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> bds.
	Nebendiagnose	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <i>ICD 10, akt. Version</i>		<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagn.	OPS

geplanter Operationstermin ...20 **Operateur** ich selbst _____
Name Operateur

Ich erkläre, dass ich die Indikation gemäß dem Vertrag zur Integrierten Verbundversorgung festgestellt, den Patienten über die Leistungen im Rahmen des Vertrages umfassend beraten und die Vorbehandlung nach den Leitlinien des Vertrages durchgeführt habe. Die Teilnahmeerklärung des Patienten füge ich dieser Mitteilung bei.

Ich bevollmächtige die CONVEMA GmbH die vertraglich vereinbarten Vergütungen festzustellen und die festgestellten Beträge in meinem Namen und auf meine Rechnung gegenüber der zuständigen Krankenkassen nach Abschluss der Integrierten 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.

Datum

Institutionskennzeichen des Arztes

Praxisangaben