

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



Ambulante Operation Integrierte Verbundversorgung Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V

Fallpauschale laut Vertrag □□□□ - □□□□	Operationsdatum □□.□□.20□□
---	-----------------------------------

HD □□□□.□□□□ <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 □-□□□□.□□□□ <i>OPS 301, akt. Version</i>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> bds.
<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> ND □□□□.□□□□ <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 □-□□□□.□□□□ <i>OPS 301, akt. Version</i>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> bds. <input type="checkbox"/> zwei Zugangswege

<input type="checkbox"/> Ambulante OP OP-Ort <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Ambulantes OPZ am KH Hedwigshöhe <input type="checkbox"/> Havelklinik <input type="checkbox"/> Klinik Hygiea <input type="checkbox"/> MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (MZL) <input type="checkbox"/> Sana Schlossgarten Neuruppin <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bethel (nur HNO) <input type="checkbox"/> Westklinik Dahlem (nur Chir./Orth.) <input type="checkbox"/> weiteres OPZ Lokalanästhesie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ambulant Plus OP-Ort <input type="checkbox"/> Ambulantes OPZ am KH Hedwigshöhe <input type="checkbox"/> Havelklinik <input type="checkbox"/> Klinik Hygiea <input type="checkbox"/> MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (MZL) <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bethel (nur HNO) <input type="checkbox"/> Westklinik Dahlem (nur Chir./Orth.) <input type="checkbox"/> DRK Kliniken - Park Sanatorium Dahlem (nur HNO) Lokalanästhesie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

Werden Sachkosten laut IV-Vergütungsvereinbarung geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Rechnung AQS Fragebogen ausgehändigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachbehandlung ich selbst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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 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