

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\*



## Nachbehandlung Integrierte Verbundversorgung Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V

**Einschreibung**       HNO    CO    GYN    AUGEN

Einschreibung erfolgte am      □□.□□.20□□

Operationsdatum      □□.□□.20□□

Zeitraum der Nachbehandlung      □□.□□.20□□ bis □□.□□.20□□

Die Nachbehandlung wurde gemäß den Leitlinien des Vertrages zur Integrierten Verbundversorgung Berlin-Brandenburg durchgeführt. Das Ende des Nachbetreuungszeitraums ist gleichzeitig das Ende der Integrierten Versorgung.

Der Patient / Die Patientin wurde von mir über das Ende der Integrierten Versorgung unterrichtet.

Der Patient / Die Patientin hat auf meine Befragung erklärt, er/sie habe den QS-Patienten-Fragebogen ausgefüllt an die Datenstelle abgeschickt.  
 ja    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

NB - Stand: April 2019 - Änderungen vorbehalten.