

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

Ambulante medikamentöse antineoplastische Systemtherapie

Integrierte gynäkologische Verbundversorgung Berlin/ Brandenburg nach § 140b SGB V

• Einschreibung erfolgte am:

□□.□□.20□□

• Operationsdatum:

□□.□□.20□□

Hauptdiagnose	□□□.□□□ (ICD 10, akt. Version)	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose
Nebendiagnose	□□□.□□□ (ICD 10, akt. Version)	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose

<input type="checkbox"/> ambulant → Operateur <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ambulant Plus → OP-Zentrum <input type="checkbox"/> MZL	<input type="checkbox"/> vollstationär → Krankenhaus <input type="checkbox"/> Parkklinik Weißensee <input type="checkbox"/> Sankt Gertrauden KH <input type="checkbox"/> Sana Klinikum Lichtenberg <input type="checkbox"/> Städt. Klinikum Brandenburg
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Medikamentöse antineoplastische Systemtherapie:		
Adjuvant <input type="checkbox"/> Neoadjuvant <input type="checkbox"/>	Chemotherapie <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Immuntherapie <input type="checkbox"/>	Therapiebeginn: □□.□□.20□□ Therapieende: □□.□□.20□□ <small>(Hormon-/Immuntherapie: vorauss. Ende)</small>
Therapieschema/Präparate: _____ (Klartext)		

Chemotherapie mit Port ohne Port Anzahl Zyklen Mamma Genital Mamma Genital <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> Bitte ankreuzen! Bitte eintragen!	Hormontherapie Erstgespräch <input type="checkbox"/> Quartalspauschale <input type="checkbox"/> Bitte ankreuzen!	Immuntherapie Anzahl Zyklen Zuschlag Chemotherapie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte eintragen! Bitte ankreuzen!
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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