

Name, Vorname des Versicherten				geb. am	
Kassen-Nr.	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

Einschreibung:  HNO  CO  GYN  AUGEN

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

- Zeitraum der Vorbehandlung: vom ..20 bis ..20

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

- Geplanter Operationstermin am: .20

- Operator:  ich selbst          Name Operator

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