

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

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

 Fallpauschale laut Vertrag: -

• Operationsdatum:

 . . 20

<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> ND	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <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.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <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.	
<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> ND	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <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.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <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.	<input type="checkbox"/> zwei Zugangswege

<input type="checkbox"/> Ambulante OP OP-Ort: <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Ambulantes OP-Zentrum 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 Chirurgie/Orthopädie) <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 OP-Zentrum 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 Chirurgie/Orthopädie) <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? ja, siehe beigefügte Rechnung AQS
 Fragebogen ausgehändigt: ja nein
 Nachbehandlung ich selbst: 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