

Teilnehmende Arztverbände

 HNO-Verbund Berlin
 Chirurgisch/Orthopädischer Verbund Berlin
 GYN-Verbund Berlin
 Augen-Verbund Berlin
 Ärztegemeinschaft MZL

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

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

 Fallpauschale laut Vertrag: -

• Operationsdatum:

 . . 20

• Operateur: _____

Hauptdiagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <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.
Nebendiagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <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.

OPS	<input type="text"/> - <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.
OPS	<input type="text"/> - <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.
OPS <input type="checkbox"/> Simultan	<input type="text"/> - <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"/> 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	<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)
--	--

Im Rahmen der o. g. ambulanten Operation wurde die Anästhesie (**keine Lokalanästhesie**) durch mich durchgeführt. Ich bitte um Auszahlung der Anteile für Anästhesieleistungen der vertraglich vereinbarten ambulanten Fallpauschale an mich direkt.

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