

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

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

- Einschreibung erfolgte am: . . 20
- Operationsdatum: . . 20
- Zeitraum der Nachbehandlung: von . . 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 / Die Patient(in) wurde von mir über das Ende der Integrierten Versorgung unterrichtet.
- Der / Die Patient(in) hat auf meine Befragung erklärt, er 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 09/2015-Änderungen vorbehalten