

**Teilnehmende Arztverbände**

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

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

 Einschreibung:  HNO  CO  GYN  AUGEN

**Histopathologische Leistungen - 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"/> <small>(ICD 10, akt. Version)</small>	<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"/> <small>(ICD 10, akt. Version)</small>	<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"/> <small>(OPS 301, akt. Version)</small>	<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"/> <small>(OPS 301, akt. Version)</small>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> bds.

 Im Rahmen der o. g. ambulanten Operation wurde die vertraglich vereinbarte Basis-Histopathologie durch mich durchgeführt. **Außerdem** habe ich folgende **weiterführende** histopathologische Leistungen erbracht:

<b><u>GYN</u></b> <input type="checkbox"/> FP 5 - Pathologie-Zuschlag M (Maligner Befund) <input type="checkbox"/> FP 9a - Pathologie-Zuschlag M (Maligner Befund) <input type="checkbox"/> FP 9b - Pathologie-Zuschlag M (Maligner Befund) <input type="checkbox"/> FP 10 - Pathologie-Zuschlag M (Maligner Befund) <input type="checkbox"/> FP 10 - Pathologie- Zuschlag R (Rezeptorenbestimmung) <input type="checkbox"/> FP 11 - Pathologie- Zuschlag R (Rezeptorenbestimmung)	<b><u>HNO</u></b> <input type="checkbox"/> FP 10 - Pathologie Zuschlag Lymphknotenmalignom <input type="checkbox"/> FP 10 - Pathologie Zuschlag Hautmalignom <input type="checkbox"/> FP 12 - Pathologie Zuschlag Stimmlippenkarzinom	<b><u>Chirurgie/Orthopädie „CO“</u></b> <input type="checkbox"/> FP 16 - Pathologie 1 Probeexcidat <input type="checkbox"/> FP 16 - Pathologie Zuschlag für 2. Probeexcidat <input type="checkbox"/> FP 17 - Pathologie 1 Probeexcidat <input type="checkbox"/> FP 17 - Pathologie Zuschlag für 2. Probeexcidat <input type="checkbox"/> FP 18 - Pathologie 1 Probeexcidat <input type="checkbox"/> FP 18 - Pathologie Zuschlag für 2. Probeexcidat
--	--	---

Ich bitte um Auszahlung der Anteile für histopathologische Leistungen 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

HP Stand 09/2015-Änderungen vorbehalten