

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Abteilung Struktur und Verträge
Postfach
23795 Bad Segeberg

Kooperierender Facharzt:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Fußnetz: _____

IBAN: DE _____

Anlage Abrechnung zur Anlage 8 KoopV Facharzt Klinik zum Vertrag „Diabetisches Fußsyndrom“

Abrechnung kooperierender Facharzt

Name des Patienten _____

Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum des Patienten _____.____._____

Versichertennummer des Patienten _____

Ich beauftrage die KVSH, die von mir erbrachten folgenden Leistungen zum oben genannten Vertrag gegenüber der AOK NordWest (VKNR 18111) abzurechnen:

- | | | | | |
|--------------------------|--------|--------|----------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 91501I | 55,00€ | Leistung erbracht am | ____.____._____ |
| <input type="checkbox"/> | 91501L | 30,00€ | Leistung erbracht am | ____.____._____ |
| <input type="checkbox"/> | 91501M | 55,00€ | Leistung erbracht am | ____.____._____ |

Ort, Datum

Unterschrift des kooperierenden Facharztes