

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 IKK – Die Innovationskasse (VKNR 01310) abzurechnen:

- 91501I 55,00€ Leistung erbracht am _____.____._____
- 91501L 30,00€ Leistung erbracht am _____.____._____
- 91501M 55,00€ Leistung erbracht am _____.____._____
- Leistung erbracht am _____.____._____
- Leistung erbracht am _____.____._____
- Leistung erbracht am _____.____._____

Ort, Datum

Unterschrift des kooperierenden Facharztes