

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	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

10000003



Histopathologische Leistungen Integrierte Verbundversorgung Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V

Einschreibung	<input type="checkbox"/> HNO	<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> GYN	<input type="checkbox"/> AUGEN
----------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

Fallpauschale laut Vertrag	□□□□ - □□□□	Operationsdatum	□□.□□.20□□	Operateur	_____
-----------------------------------	-------------	------------------------	------------	------------------	-------

Hauptdiagnose	□□□□.□□□□ <i>ICD 10, akt. Version</i>	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagn.	OPS	□-□□□□.□□□□ <i>OPS 301, akt. Version</i>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> bds.
Nebendiagnose	□□□□.□□□□ <i>ICD 10, akt. Version</i>	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagn.	OPS	□-□□□□.□□□□ <i>OPS 301, akt. Version</i>	<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:

GYN <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	HNO <input type="checkbox"/> FP 10 - Pathologie-Zuschlag Lymphknotenmalignom <input type="checkbox"/> FP 10 - Pathologie-Zuschlag Hautmalignom <input type="checkbox"/> FP 12 - Pathologie-Zuschlag Stimmlippenkarzinom	Chirurgie/Orthopädie (CO) <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