

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Vertragsabteilung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Fax: 030 / 31 003-50380

Praxisstempel

Information

gemäß § 2 Abs. 3 des Strukturvertrages zur Weiterentwicklung der Strukturen zur frühzeitigen Behandlung von Krankheiten (Frühbehandlungsstrukturvertrag) nach § 73a SGB V a. F. zwischen dem AOK Landesverband (AOK Nordost) und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Über die nach den allgemeinen Regeln vergüteten Leistungen und Aufwände hinaus, stelle/n ich/wir zur Erhöhung der Beratungsintensität separate Angebote für Patienten mit ausgewählten Krankheitsbildern (gemäß der jeweiligen Anlage zum Vertrag), z. B. in Gestalt eines zusätzlichen Sprechstunden-, Wartezeitenmanagements- und/oder Koordinierungsangebotes, zur Verfügung.

Name des Arztes/der Einrichtung: _____

BSNR des Arztes/der Einrichtung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/Vertragsarztes