

FAX: 030/31003-50564 oder E-Mail: [Fallkonferenzen@kvberlin.de](mailto:Fallkonferenzen@kvberlin.de)

**Bescheinigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur gemäß § 135 Abs. 2 SGB V über die Teilnahme an einer Fallkonferenz/einem Qualitätszirkel zum Thema „Chronische Schmerzen“**

<b>Leiter:in: der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels:</b>	_____
<b>Datum der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels:</b>	_____
<b>Uhrzeit der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels:</b>	von: _____ bis: _____ Uhr

<b>BEHANDELTE THEMEN / VORGESTELLTE FÄLLE ZU FOLGENDEN THEMEN<sup>1</sup>:</b>	
<b>Fall 1:</b>	_____ _____
<b>Fall 2:</b>	_____ _____
<b>Fall 3:</b>	_____ _____
<b>Fall 4:</b>	_____ _____

<b>TEILNEHMER:INNEN<sup>2</sup>:</b>	
Anzahl der Teilnehmer:innen	_____ (unterschiedliche Fachgruppen) über 4 Teilnehmer:innen bitte die Anlage verwenden

LANR:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
Name, Vorname:	_____										
Facharztbezeichnung:	_____										
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
Praxisstempel											
Unterschrift:	_____										

<sup>1</sup> kurze Beschreibung von vorgestellten Fällen und behandelten Themen; bitte keine Patientendaten

<sup>2</sup> Für die Anerkennung der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels müssen mindestens zwei Teilnehmer:innen über eine Abrechnungsgenehmigung Akupunktur verfügen.

Diese Bescheinigung ist nur einmal erforderlich und kann für alle Unterzeichnenden anerkannt werden.

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

<sup>1</sup> kurze Beschreibung von vorgestellten Fällen und behandelten Themen; bitte keine Patientendaten

<sup>2</sup> Für die Anerkennung der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels müssen mindestens zwei Teilnehmer:innen über eine Abrechnungsgenehmigung Akupunktur verfügen.

Diese Bescheinigung ist nur einmal erforderlich und kann für alle unterzeichnenden Genehmigungsinhaber:innen anerkannt werden.