

VORSORGLICHE MELDUNG PRAXISBESONDERHEITEN/PRAXISSCHWERPUNKT

Fax 06131 326 306 | Abteilung Service und Dienstleistung/Ressort Wirtschaftlichkeitsprüfung

Praxisname: _____

BSNR: _____

Betrifft Quartal(e): _____

Meldung berücksichtigen im Bereich folgender eventueller Prüfungen: (bitte ankreuzen)

Honorar Arzneimittel Heilmittel Sprechstundenbedarf

Praxisbesonderheit/Praxisschwerpunkt (frei formulieren):

Unterschrift, Datum, Arztstempel

Bitte beachten Sie, dass diese Meldung nicht gleichbedeutend mit einer Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist. Die Bewertung und Anerkennung einer Besonderheit obliegt der Prüfungsstelle.