

VORSORGLICHE MELDUNG KOSTENINTENSIVER BEHANDLUNGSFÄLLE

Fax 06131 326 306 | Abteilung Service und Beratung /Ressort Prüfkoordination

Praxisname: _____ BSNR : _____

Betrifft Quartal(e): _____ LANR : _____

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

Honorar Arzneimittel Heilmittel

Patient	m	w	Geburtsdatum	Krankenkasse	ICD - Code 10	Verordnungen	Kosten	Bemerkungen
P <u>1</u>								
P <u> </u>								
P <u> </u>								
P <u> </u>								
P <u> </u>								
P <u> </u>								

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.