

VORSORGLICHE MELDUNG KOSTENINTENSIVER BEHANDLUNGSFÄLLE

Fax 06131 326 327 | 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-10 Code	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.