KV HESSEN I Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt

Bitte zurücksenden an:
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

E-Mail: qs.fb1.3@kvhessen.de oder

Fax-Nr. 069 24741-68819

Qualitätssicherung
Team 1

Anna Wandrei

Tel 069 24741-6094
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 I 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Mitteilungsbogen bei Beendigung eines Patienten von der LDL-/Lp(a) Apheresebehandlung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Praxisanschrift _____ BSNR _____

Angaben zum Versicherten

Pseudonym des Patienten _____

Kostenträger _____

Beendigungsgrund der LDL-/ Lp(a) Apheresebehandlung

Behandlungsende am: _____ wegen

☐ **Praxiswechsel – Kontaktdaten des Arztes** _____

☐ **Umzug des Patienten/ der Patientin nach** _____

☐ **Verstorben am** _____

☐ **Sonstige Gründe**

Bemerkungen

_____

_____

…… ……

Ort, Datum **Unterschrift / Arztstempel**

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT