

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

**Bitte zurücksenden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**E-Mail:** [qs.fb1.3@kvhessen.de](mailto:qs.fb1.3@kvhessen.de) oder

**Fax-Nr.** [069 24741-68819](tel:0692474168819)



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

Qualitätssicherung  
Team 1

Maria Kazantsidou  
Melanie Majarian  
Tel 069 24741-6522/-6675  
Fax 069 24741-68819  
[qs.fb1.3@kvhessen.de](mailto:qs.fb1.3@kvhessen.de)

Unsere Zeichen: MK / Maj

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**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**

Stand: 15.02.2021

.....  
**Unterschrift / Arztstempel**

**WIR SORGEN  
FÜR GESUNDHEIT**