

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 oder

Fax-Nr. 069 24741-68819



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

Qualitätssicherung
Team 1

Anna Wandrei
Ilona Spurfeld

Tel 069 24741-6094 / 6190
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

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

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