

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

Erklärung zur Kooperation mit einem Transplantationszentrum

Anlage 2 zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse gemäß § 5 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____

LANR _____ BSNR _____

Praxisanschrift _____

 _____  _____  _____

Es wird versichert, dass die/das Dialysepraxis/ -einrichtung mit folgendem Transplantationszentrum kooperiert:

Name, Vorname, _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

 _____  _____  _____

.....
Ort, Datum

.....
Stempel u. Unterschrift des Vertragsarztes/ MVZ

.....
Ort, Datum

.....
Stempel u. Unterschrift der kooperierenden Einrichtung

Stand 08.02.2021

Seite 1 von 1