

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsst. en-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Vertrag der Techniker Krankenkasse/BKK•VBU,
dem BDP und CONVEMA über molekular-
pathologische Genexpressionsdiagnostik

Leistungsnachweis primär betreuender Arzt

Diagnose (gem. Vertrag) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>ICD 10, akt. Version</small>	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose
--	--

Modul 1: Aufklärung und Einschreibung Patientin wünscht <input type="checkbox"/> in jedem Fall eine Chemotherapie <input type="checkbox"/> lehnt Chemotherapie grundsätzlich ab <input type="checkbox"/> ist grundsätzlich bereit der Empfehlung aus der Genexpressionsdiagnostik zu folgen	Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
Beauftragter molekularpathologisch tätiger Arzt: _____ Beauftragter Genexpressionstest: _____	

Modul 3: Ergebnisbesprechung und informierte Therapieentscheidung Patientin... folgt der Empfehlung der Tumorkonferenz zur weiteren Therapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein folgt mit ihrer Entscheidung für oder gegen Chemotherapie der Empfehlung der Genexpressionsdiagnostik <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

Die Teilnahmeerklärung der Versicherten habe ich beigelegt. Eine Rechnungsstellung kann nur erfolgen, wenn die Teilnahmeerklärung der Versicherten vorliegt.

Ich bevollmächtige die CONVEMA GmbH die vertraglich vereinbarten Vergütungen festzustellen und die festgestellten Beträge in meinem Namen und auf meine Rechnung gegenüber der zuständigen Krankenkasse nach Abschluss der Besonderen Versorgung abzurechnen. Das Recht zum Empfang der abgerechneten Beträge (Inkassovollmacht) ist nicht Gegenstand dieser Vollmacht. Die CONVEMA GmbH wird mich im Rahmen der monatlichen Rechnungsübersichten über die abgerechneten Beträge in Kenntnis setzen. Die Überwachung der Zahlungseingänge obliegt in vollem Umfang mir. Bei festgestellten Unregelmäßigkeiten werde ich die CONVEMA GmbH mit der Bitte um Vermittlung einschalten.

Datum

Institutionskennzeichen des Arztes/der Klinik

Stempel/Unterschrift

Leistungsnachweis primär betreuender Arzt - Stand: Dezember 2019 - Änderungen vorbehalten.