

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

**Vertrag zur Förderung ambulanter Hernienoperationen
gem. § 73a SGB V zwischen der KVBB und der IKK
Brandenburg und Berlin**

**Dokumentationsbogen
Ambulante Hernienoperationen**

- Auszufüllen vom konservativ tätigen Vertragsarzt -

1. Angaben zur Überweisung an den Operateur

Unterschrift:

Arztstempel (Zuweiser)

Diagnose(n).....

ICD-10:.....

Vorgesehene Operation:.....

Aufklärung über ambulante Hernienoperation erfolgt am:..... (tt.mm.jjjj)

- Auszufüllen vom operativ tätigen Vertragsarzt -

2. Angaben zur Operation

Unterschrift:

Arztstempel (Operateur)

Indikation bestätigt: ja nein ICD-10:.....

Diagnose(n):.....

Ambulante OP möglich:

ja, durchgeführt am: (tt.mm.jjjj)

nein, da Begleiterkrankungen, ICD-10:.....

sonstige Gründe:.....

Einweisung zur stationären OP: ja nein