



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Weiterführungsantrag auf ambulante Durchführung der Apherese

I. Antragstellender Arzt

Name, Vorname: _____

Praxis: _____

II. Angaben zum Patienten

Patientenpseudonym: KVBB / _____ / _____ / _____
Laufende Nummer der KVBB Geburtsjahr Geschlecht

Krankenkasse: _____

Sitz der Krankenkasse: _____

III. Benennung der benutzten med. techn. Systeme

IV. Name des bei Behandlungskomplikationen zur Aufnahme bereiten (Auffang)-Krankenhauses:

V. Indikationsstellung – Bitte als Anlage beifügen!

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> schriftliche Begründung des Antrages | <input type="radio"/> lipidologische Beurteilung |
| <input type="radio"/> kardiologische/angiologische Beurteilung | |
| <input type="radio"/> Beurteilung bei rheumatoider Arthritis | |

Ort/Datum

Unterschrift