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

CARDIO-Integral

Abrechnungsformular
Vorbereitungspauschale
Hausarzt

AOK PLUS Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Patient in CARDIO-Integral eingeschrieben? ☐ ja ☐ nein

Überweisung zum Invasiveingriff an:

_____

(Name des an CARDIO-Integral teilnehmenden invasiv tätigen Leistungserbringers)

Folgende Anmeldeunterlagen – soweit aktuell vorliegend – zur Invasiv-Behandlung liegen bei:

	ja	**nein**
	(Zutreffendes bitte ankreuzen)	
12-Kanal-Ruhe-EKG		
Ergometrie		
Holter-EKG		
Echo		
Labor		
Aktuelle Pharmakotherapie		
DMP KHK		
weitere diagnoserelevante Befunde		

Patient wurde über den Invasiveingriff aufgeklärt?

☐ ja ☐ nein

Für die Vorbereitung des Invasiveingriffes eines an CARDIO-Integral teilnehmenden Versicherten und die Übermittlung seiner vollständigen Unterlagen zahlt der invasiv tätige Leistungserbringer im Quartal der Leistungserbringung:

20,00 EUR

Ihre Bankverbindung:

Kreditinstitut: _____

IBAN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ihr Praxisstempel:

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift