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

CONVEMA

Teilnehmende Arztverbünde
HNO-Verbund Berlin

10000003

Hyposensibilisierung **Integrierte Verbundversorgung Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V**

Hauptdiagnose		**Nebendiagnose**	
☐☐☐.☐☐☐ *ICD 10, akt. Version*	☐ Verdachtsdiagnose ☐ Zustand nach ☐ gesicherte Diagnose ☐ ausgeschlossene Diagnose	☐☐☐.☐☐☐ *ICD 10, akt. Version*	☐ Verdachtsdiagnose ☐ Zustand nach ☐ gesicherte Diagnose ☐ ausgeschlossene Diagnose

Präparat ____ *Name*	ASF-Score ☐☐ *nur bei Überweisung durch den Hausarzt*	Diagnostik *von* ☐☐.☐☐.20☐☐ *bis* ☐☐.☐☐.20☐☐
Hersteller ☐ Alk-Scherax ☐ Bencard	Art ☐ Einfachtherapie ☐ Polytherapie	Therapie-beginn ☐☐.☐☐.20☐☐

Pauschale 14a kurzzeitige Spritzentherapie	Jahr 20☐☐ / 20☐☐	A1	A2	A3	A4	A5
Pauschale 14b ganzjährige Spritzentherapie	Quartal ☐☐ / 20☐☐	B	B4	B5		
Pauschale 14c sublinguale Therapie	Quartal ☐☐ / 20☐☐	C	C4	C5		

1. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	8. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	15. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S
2. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	9. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	16. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S
3. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	10. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	17. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S
4. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	11. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	18. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S
5. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	12. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	19. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S
6. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	13. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	20. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S
7. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	14. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S	21. ☐☐.☐☐.20☐☐	H	S

Behandlungstage im Abrechnungszeitraum (H = Hyposensibilisierung, S = symptomatische Behandlung

Therapieende		
	☐ Abschluss der Behandlung (dauerhafte Remission)	☐☐.☐☐.20☐☐
	☐ medizinisch induzierter Therapieabbruch	☐☐.☐☐.20☐☐
	☐ versicherteninitiierter Therapieabbruch	☐☐.☐☐.20☐☐

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 Integrierten 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* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Praxisangaben

Hyposensibilisierung - Stand: April 2019 - Änderungen vorbehalten.

CONVEMA GmbH - Servicestelle für Vertragspartner
T 030 259 38 61-400 / F 030 259 38 61-499 / M servicestelle@convema.com