

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Praxisstempel

Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Teilnahme am Strukturvertrag nach § 73a SGB V zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch Hepatitis C (HCV)-Infizierten

Hinweis: Bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Antragstellung erfolgt für: _____ LANR: _____
Name, Vorname, Titel

Kooperation Ultraschalldiagnostik Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Niere)

.....
Name, Vorname des/der **Kooperationspartners/-in**

.....
Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Ultraschalldiagnostikgenehmigung ab.....

.....
Datum

.....
Unterschrift **Kooperationspartner/-in**

Rechtlicher Hintergrund

Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch Hepatitis C (HCV)-Infizierten.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift **Antragsteller/in**