

Anlage E

Abrechnungsschein

Datum der Vorstellung:	_____			
Patient (Name, Vorname):	_____			
Versicherten-Nr. (KVNR):	_____			
Diagnose(n) / ICD10:	_____	gesichert: ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schweregrad:	leicht <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	schwer <input type="checkbox"/>	
Arzneimittelversorgung im Quartal:		ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Falls ja / Name des Arzneimittels:

Unterschrift des Patienten:
Hiermit bestätige ich, dass ich im Rahmen meiner o. g. Erkrankung im Hämophilie-Zentrum

GWQ+
SERVICEPLUS AG

(Arztstempel)
Ärztlich¹ behandelt worden bin.

Unterschrift des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters

¹ Die ärztliche Behandlung (Arzt-Patienten-Kontakt) beinhaltet ebenso den telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt