

FAX: 030/31003-50564 oder E-Mail: Fallkonferenzen@kvberlin.de

Bescheinigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur gemäß § 135 Abs. 2 SGB V über die Teilnahme an einer Fallkonferenz/einem Qualitätszirkel zum Thema „Chronische Schmerzen“

Leiter:in: der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels:	_____
Datum der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels:	_____
Uhrzeit der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels:	von: _____ bis: _____ Uhr

BEHANDELTE THEMEN / VORGESTELLTE FÄLLE ZU FOLGENDEN THEMEN¹:	
Fall 1:	_____ _____
Fall 2:	_____ _____
Fall 3:	_____ _____
Fall 4:	_____ _____

TEILNEHMER:INNEN²:	
Anzahl der Teilnehmer:innen	_____ (unterschiedliche Fachgruppen) über 4 Teilnehmer:innen bitte die Anlage verwenden

LANR:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
Name, Vorname:	_____										
Facharztbezeichnung:	_____										
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
Praxisstempel											
Unterschrift:	_____										

¹ kurze Beschreibung von vorgestellten Fällen und behandelten Themen; bitte keine Patientendaten

² Für die Anerkennung der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels müssen mindestens zwei Teilnehmer:innen über eine Abrechnungsgenehmigung Akupunktur verfügen.

Diese Bescheinigung ist nur einmal erforderlich und kann für alle Unterzeichnenden anerkannt werden.

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

¹ kurze Beschreibung von vorgestellten Fällen und behandelten Themen; bitte keine Patientendaten

² Für die Anerkennung der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels müssen mindestens zwei Teilnehmer:innen über eine Abrechnungsgenehmigung Akupunktur verfügen.

Diese Bescheinigung ist nur einmal erforderlich und kann für alle unterzeichnenden Genehmigungsinhaber:innen anerkannt werden.