

**Für Ärztinnen und Ärzte sowie ärztliche Einrichtungen,
die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung
in Nordrhein zugelassen sind**

Bitte zusammen mit der Abrechnungserklärung (Anlage 2a) einreichen!

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

**Kostenforderung
für das ____ Quartal 20 ____**

Informationen Arzt

BSNR _____

LANR _____

Informationen Patient

Geschlecht Weiblich Männlich Divers X (Unbestimmt)

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

UBS-ID **NW** _____

Informationen zur Untersuchung am Datum: _____

- 92200 (Erstuntersuchung)
- 92201 (erste Nachuntersuchung)
- 92202 (weitere Nachuntersuchungen)
- 92203 (außerordentliche Nachuntersuchung)
- 92204 (Untersuchung auf Anordnung der Aufsichtsbehörde)

- 92205 (veranlasste Ergänzungsuntersuchung)

Summe der GOÄ- Rechnung _____ , ____ Euro.

(nur bei der veranlassten Ergänzungsuntersuchung und in Höhe des einfachen Satzes möglich)