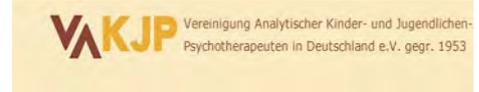


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



Bitte mit der Quartalsabrechnung Ihrer Bezirksstelle der KV Nordrhein einreichen!

Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S im Rheinland

Mitteilung zur Verlängerung der Vertragsteilnahme über 3 Jahre

Aufgrund des besonders schwerwiegenden Verlaufes der AD(H)S-Erkrankung meines o.g. Patienten/der o.g. Patientin ist eine weitere Betreuung über den im Vertrag vorgesehenen Betreuungszeitraum von 3 Jahren hinaus notwendig.

Der Patient soll für ein weiteres Jahr im Rahmen des Vertrages zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S im Rheinland betreut werden.

Für eine weitere Teilnahme am Vertrag und Abrechnung von Leistungen des AD(H)S-Vertrages ist diese Mitteilung zu erstellen, ohne eine solche kann der/die Patient/in nicht im Vertrag verbleiben bzw. Leistungen abgerechnet werden.

Ende des aktuellen Betreuungszeitraumes (Quartalsende):

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quartal		Jahr			

Ende des weiteren Betreuungsjahres (Quartalsende):

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quartal		Jahr			

Ort/Datum Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten
Praxisstempel