



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag auf ambulante Durchführung der Apherese

I. Antragstellender Arzt

Name, Vorname: _____

Praxis: _____

II. Angaben zum Patienten

Patientenpseudonym:

KVBB / _____ / _____ / _____
Laufende Nummer der KVBB *1 Geburtsjahr Geschlecht

Krankenkasse: _____

Sitz der Krankenkasse: _____

III. Benennung der benutzten med. techn. Systeme

IV. Name des bei Behandlungskomplikationen zur Aufnahme bereiten (Auffang)-Krankenhauses:

V. Indikationsstellung – Bitte als Anlage beifügen!

- schriftliche Begründung des Antrages
- kardiologische/angiologische Beurteilung
- Beurteilung bei rheumatoider Arthritis
- Einverständniserklärung des Patienten
- lipidologische Beurteilung

Ort/Datum

Unterschrift

Wichtiger Hinweis zu *1:

Die laufende Nummer zum Patientenpseudonym ist schriftlich vor der Antragstellung bei der KVBB (qs@kvbb.de) zu erfragen!