Name, Vorname des Versicherten	geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

CONVEMA

Vertrag der Techniker Krankenkasse/BKK•VBU, dem BDP und CONVEMA über molekularpathologische Genexpressionsdiagnostik

Leistungsnachweis molekularpathologisch tätiger Arzt

Diagnose (gem. Vertrag) □□□.□□□ *ICD 10, akt. Version*	□ Verdachtsdiagnose □ Zustand nach □ gesicherte Diagnose □ ausgeschlossene Diagnose
Modul 2: Genexpressionsdiagnostik	
Befundübermittlung an primär betreuenden Arzt: _____	Datum □□.□□.20□□

Ich bevollmächtige die CONVEMA GmbH die vertraglich vereinbarten Vergütungen festzustellen und die festgestellten Beträge in meinem Namen und auf meine Rechnung gegenüber der zuständigen Krankenkasse nach Abschluss der Besonderen Versorgung abzurechnen. Das Recht zum Empfang der abgerechneten Beträge (Inkassovollmacht) ist nicht Gegenstand dieser Vollmacht. Die CONVEMA GmbH wird mich im Rahmen der monatlichen Rechnungsübersichten über die abgerechneten Beträge in Kenntnis setzen. Die Überwachung der Zahlungseingänge obliegt in vollem Umfang mir. Bei festgestellten Unregelmäßigkeiten werde ich die CONVEMA GmbH mit der Bitte um Vermittlung einschalten.

_____
Datum

□□□□□□□□□
Institutionskennzeichen des Arztes

Praxisangaben

Bitte senden an: **CONVEMA GmbH - Servicestelle für Vertragspartner**
T 030 259 38 61-400 / F 030 259 38 61-499 / M servicestelle@convema.com