

Praxisdaten

BSNR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Patientenerklärung

Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion / Aids-Erkrankung

Patientendaten

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich habe im aktuellen Kalendervierteljahr _____ (Angabe des Quartals) noch keine Leistung im Rahmen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion, außer in der oben genannten Praxis in Anspruch genommen.

Ziel dieser spezialisierten Versorgung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden, leitliniengerechten Steuerung und Durchführung der Behandlung und Betreuung HIV-infizierter und an Aids erkrankter Patienten. Die Leistungen sind alleinig vom behandlungsführenden HIV-Schwerpunktarzt berechnungsfähig.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen innerhalb eines Kalendervierteljahres von meiner Krankenkasse pauschal nur einer Praxis vergütet werden.

Ich wähle daher allein die oben genannte Praxis zur Durchführung dieser Leistungen.

Im Falle der Konsultation anderer Ärzte im Rahmen der Behandlung, werde ich auf diese Wahl hinweisen.

Ort, Datum

Unterschrift