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

Evelyn Lang
Evelyn.Lang@bw.aok.de
Tel.-Nr.: 0711 6525 17890

_____
Stempel des Dialysezentrums

☐ Dialyse im Dialysezenrum_____
Name, Adresse

Einmalige patientenbezogene medizinische Begründung bei

1. Abweichung vom Dialyserezept (3 wöchentliche Dialysebehandlungen an 4 Stunden) zur Aufbewahrung im Dialysezentrum

☐ **über eine Zeitdauer von mehr als 4 Wochen hinaus**

☐ Anzahl der Stunden ----------

☐ Anzahl der wöchentlichen Dialysen ----------

Medizinische Begründung:

_____

_____

_____

Hiermit erkläre ich _____
Vor- und Nachname Dialysepatient/in, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer,

dass nach erfolgter medizinischer Aufklärung durch meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt ausdrücklich die oben durch meine/n Ärztin/Arzt eingetragene verkürzte Behandlungsdauer bzw. verkürzte wöchentliche Behandlungsanzahl, ungeachtet der für mich daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen, nach meinem freien Willen und auf meinen ausdrücklichen Wunsch erfolgt, was ich mittels meiner Unterschrift hiermit erkläre:

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (Dialysepatient/in)

2. Zwei Dialysebehandlungen an ein und demselben Tag ☐ **(bitte an AOK BW weiterleiten)**

Eine zweite Zentrums- oder Limited-Care-Dialyse an demselben Tag kann nur in medizinisch begründeten Einzelfällen abgerechnet werden. Das Regelwerk der KVBW streicht die 2. Dialyse an demselben Tag grundsätzlich unter Angabe eines Streichtextes. Soll eine 2. Dialyse am Tag erbracht und abgerechnet werden, sendet der Arzt eine schriftliche, patientenbezogene, medizinische Begründung an die AOK BW mittels dieses Formulars und erhält eine schriftliche Bestätigung (in elektronischer Form). Bei der Abrechnung ist im freien Begründungsfeld (Feld 5009) bei Vorliegen der Genehmigung der AOK BW folgende Begründung anzugeben: „Die Genehmigung der AOK BW für die jeweils zweite Dialyse liegt vor."

Medizinische Begründung:

_____

_____

_____