

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

Stempel des Dialysezentrums

Information an das Gastdialysezentrum mit Sitz in Baden-Württemberg

Der Patient Herr/Frau

hat eine Teilnahmeerklärung zur Vereinbarung zur besonderen Versorgung nach § 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren in o. g. Dialysezentrum unterschrieben.