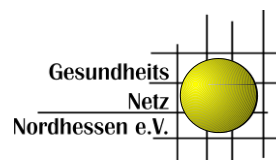


|                                |                 |        |
|--------------------------------|-----------------|--------|
| Krankenkasse bzw Kostenträger  |                 |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                 |        |
| geb. am                        |                 |        |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr | Status |
| Vertragsarzt-Nr.               | VK gültig bis   | Datum  |

GNN e.V.  
 Goethestr. 70  
 34119 Kassel  
 Tel 0561 9203920  
 Fax 0561 9203921



# Abrechnung Diagnostik post-OP / poststationär

An den vorbehandelnden Arzt / Operateur

In der Regel sollten die postoperativen Kontrollen bzw. Behandlungen durch den Operateur und/oder seine Abteilung erfolgen, weil dieses so im DRG / IV-Vertrag vereinbart und vergütet wird.

Bei primärer Inanspruchnahme durch Patienten bitte -ggf. telefonische- Rücksprache mit Operateur.

Eine Vergütung kann in der Regel nur nach Rücksprache bzw. Beauftragung mit der Behandlung erfolgen.

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

☐ Die/der oben Genannte wurde von uns postoperativ / poststationär versorgt .

☐ Eine Anforderung des Operateurs / stationär betreuenden Arztes liegt vor.

☐ Wir nehmen an den GNN-Rahmenverträgen teil (offen auch für Nicht-Mitglieder)

Datum der OP / stationären Behandlung:



**Wir haben bei dieser/m Patientin/en folgende Leistungen erbracht :**

| Datum | GOÄ  | Leistungsbeschreibung            | 1,0 x € | Multiplikator | €     |
|-------|------|----------------------------------|---------|---------------|-------|
|       | 1    | Beratung                         | 4,66    | 1,8           | 8,39  |
|       | 5    | Symptombezogene Untersuchung     | 4,66    | 1,8           | 8,39  |
|       | 7    | Untersuchung 1 Organsystem       | 9,33    | 1,8           | 16,79 |
|       | 200  | Verband                          | 2,62    | 1,8           | 4,71  |
|       | 2006 | Behandlung sekundäre Wundheilung | 3,67    | 1,8           | 6,60  |
|       | 2007 | Fadenentfernung                  | 2,33    | 1,8           | 4,38  |
|       | 50   | Besuch                           | 18,65   | 1,8           | 33,57 |
|       | WT2  | Wegegeld 0 - 2 km tags           | 3,58    | 1             | 3,58  |
|       | WN2  | Wegegeld 0 - 2 km nachts         | 7,16    | 1             | 7,16  |
|       | WT5  | Wegegeld 2 - 5 km tags           | 6,65    | 1             | 6,65  |
|       | WN5  | Wegegeld 2 - 5 km nachts         | 10,23   | 1             | 10,23 |
|       | WT10 | Wegegeld 5 –10 km tags           | 10,23   | 1             | 10,23 |
|       | WN10 | Wegegeld 5 –10 km nachts         | 15,34   | 1             | 15,34 |
|       | WT25 | Wegegeld 10 –25 km tags          | 15,34   | 1             | 15,34 |
|       | WN25 | Wegegeld 10 –25 km nachts        | 25,56   | 1             | 25,56 |
|       |      | <b>Summe</b>                     |         |               |       |

(Diese Leistungen waren ausschließlich operations- / behandlungsbedingt erforderlich; uns ist bekannt, dass eine Doppelabrechnung dieser Leistungen z.B. im Rahmen der Regelversorgung selbstverständlich nicht möglich ist)

**Wir bitten um zeitnahe Überweisung des Honorars auf:**

**Konto:** .....

**Bei der:** .....

**BLZ:** .....

Arztstempel + Datum + Unterschrift