

 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Formular Rückmeldebogen Internet	Prozess-Nr. K3.2.1
		Stand: 08.05.2023

Ich wünsche eine Beratung zu folgenden Themen:

<input type="checkbox"/> Abrechnung	<input type="checkbox"/> Sicherstellung/Niederlassung
<input type="checkbox"/> Honorarverteilung Für Praxisinhaber / ärztl. Leiter MVZ	<input type="checkbox"/> Veranlasste Leistungen (Verordnung von Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln etc.)
Qualitätssicherung / Patientensicherheit:	
<input type="checkbox"/> genehmigungspflichtige Leistungen <input type="checkbox"/> Praxisbegehung / Hygiene <input type="checkbox"/> Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <small>(relevant für Praxisinhaber/ärztl. Leiter MVZ, ermächtigte Ärzte)</small> <input type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input type="checkbox"/> Ärztliche Stelle <small>(relevant für Ärzte, die Röntgen)</small>
<ul style="list-style-type: none"> - PCI (Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie) - WI (Postoperative Wundinfektion) <small>(amb. und belegärztl. Leistungen aus dem Genehmigungsbereich amb. Operieren)</small> - Dialyse - CHE (Cholezystektomie) 	

Meine bevorzugten Termine (in der Regel Mo bis Do zwischen 8 und 15 Uhr):

Ich habe folgende spezielle Fragen/Themenwünsche/Anregungen:

Name	LANR	Unterschrift
------	------	--------------

Bitte kontaktieren Sie mich unter

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Bitte zurücksenden an
Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Bereich Beratung, Verordnung, Projekte
Europaallee 7-9, 66113 Saarbrücken

Faxnummer: 0681/99837-750 oder an
beratung@kvsaarland.de