

Patientendaten

Bitte dieses Formular mit dem Dokumentationsbogen Nachsorge zurück an COC Allgäu!

Abrechnungsformular für IGV Patienten:

o.g. Patient befand sich in meiner Behandlung im Rahmen des IGV-Vertrages BKK zwischen:

Centrum für Orthopädie und Chirurgie Allgäu, Donaustraße 78, 87700 Memmingen und Micado Health Care GmbH, Harvesterhuder Weg 88, 20149 Hamburg.

Folgende Leistung wurde erbracht:

postoperative Nachversorgung

- Verbandswechsel
- Wundkontrolle
- Fadenentfernung
- Ausfüllen Dokumentationsbogen - Nachsorge

Pauschale: 30,- €

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto (*bitte ausfüllen*):

Bankverbindung: _____
Bankleitzahl: _____
Kontonummer: _____
Kontoinhaber: _____

Unterschrift:

Praxisstempel:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Adresse des Versicherten		
Patientendaten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherungs-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

ggf. Patientennamen per Hand eintragen

[D4]

MICADO HEALTH CARE GmbH
 Harvestehuder Weg 88
 20149 Hamburg
 Germany

Tel. & Fax: 0700 - 642236- 44
 0700 - MICADO- HH

Tel.: 040 - 642260- 80
 Fax: 040 - 642260- 822
 Mail: mail@micado-health-care.de
 Net: www.micado-health-care.de

Dokumentationsbogen - Nachsorge

Untersucher

Alt. Stempel	Arzt / Tagesklinik / Krankenhaus	LANR
	Straße	BSNR
	PLZ / Ort	Tel.

Nachsorgetermine 1. 2. 3. 4.

Komplikationen

nein

ja

bei Termin:

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Hämatom | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Wundinfektion | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Pneumonie | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Thrombose | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Lagerungsschaden | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Revisionseingriff erforderlich | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Stationäre Einweisung | 1 | 2 | 3 | 4 |

Nachbehandlung durch Pflegedienst
Rehabilitation veranlasst

Behandlung abgeschlossen

Datum

Stempel u. Unterschrift

Wichtiger Hinweis: Außer der EBM-Ziffer 01430 dürfen keine weiteren Leistungen über die KV abgerechnet werden!