



**Meldung an die Krankenkassen
gemäß § 3 Abs. 6 Anlage 9.1 BMV-Ä zur Versorgung chronisch
niereninsuffizienter Patienten**

An Kostenträger (Anschrift):

Praxisanschrift/ Stempel:

Grund der Meldung:

Erstmalige Einleitung der Dialyse

Wechsel des Dialyseverfahrens

Angaben zum Versicherten:

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Wohnort: _____

Versichertennummer: _____

Angaben zur Dialysebehandlung:

Beginn der Dialyse: _____

Dialyseverfahren: _____

Behandelnder Arzt: _____

Sonstige Anmerkungen: _____

Die ärztliche Behandlung erfolgt gemäß Anlage 9.1 Bundesmantelverträge (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten) im Rahmen des erteilten Versorgungsauftrages.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes