

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Vertragsarztstempel



Ärztegenossenschaft Nord eG
 Bahnhofstraße 1 – 3
 23795 Bad Segeberg

oder per Fax: 04551/ 9999 – 19

Abrechnung

ZUR

Vereinbarung

über die hausarztzentrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73 b SGB V
 zwischen der Ärztegenossenschaft Nord eG und dem BKK-Landesverband NORD
 unter Beteiligung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte.

Quartal/Jahr: _____

Pauschale	Behandlungsdatum
<input type="checkbox"/> KIP 1: Einschreibepauschale	7,50 Euro
<input type="checkbox"/> KIP 2: Steuerungs-pauschale	5,00 Euro
<input type="checkbox"/> KIP 4: Vorsorge U 10	50,00 Euro
<input type="checkbox"/> KIP 5: Vorsorge U 11	50,00 Euro
<input type="checkbox"/> KIP 7: Vorsorge J 2	50,00 Euro

Wir bitten um Überweisung auf die bekannte Bankverbindung (falls geändert bitte der Ärztegenossenschaft Nord mitteilen)

Wichtiger Hinweis für den Rechnungssteller:

Für Abrechnung KIP4, KIP5 und J2 ist die Kopie der Vorsorgeuntersuchung mitzuschicken.

Datum, Unterschrift des Arztes