

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Art der Inanspruchnahme:

- Originalschein
- Vertreterschein
- Notfallschein
- Zielauftrag
- Konsiliaruntersuchung
- Mit-/Weiterbehandlung



Bitte für die Abrechnung vollständig ausfüllen

medconsult | dr.heberlein
Vertragsservice
Burgwaldring 19
86697 Oberhausen-Kreut

Vertragshotline:
+49 (0)8431 53 610-0

Institutionskennzeichen (falls vorhanden):

LANR:

Rechnungsnummer:

Datum der Leistungserbringung:

Abrechnung über ergänzende Vorsorgeuntersuchungen zur Feststellung diabetesbedingter Folgeerkrankungen nach § 73 c SGB V
 - Vertrag (Nr. 171A1400005) zwischen dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. und Deutscher BKK
 - Vertrag (Nr. 171A1437001) zwischen dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. und spectrum|K GmbH

Abrechnungspositionsnummer: BV001801 (Deutsche BKK)
augench (spectrum|K)

Binokulare Untersuchung der Netzhaut bei dilatierter Pupille - max. 2 mal pro Jahr á 20 €.

Zwischen den beiden jährlichen Untersuchungen muss ein zeitlicher Abstand von mindestens drei Monaten liegen!

ICD-10
Diagnose

Mehrfachnennung zur Spezifikation möglich

Typ-2-Diabetes

- E 11.3** Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen
 - E 11.30** Mit Augenkomplikationen nicht als entgleist bezeichnet
 - E 11.31** Mit Augenkomplikationen als entgleist bezeichnet
- E 12.3** Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Augenkomplikationen
 - E 12.30** Mit Augenkomplikationen nicht als entgleist bezeichnet
 - E 12.31** Mit Augenkomplikationen, als entgleist bezeichnet
- E 13.3** Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen
 - E 13.30** Mit Augenkomplikationen nicht als entgleist bezeichnet
 - E 13.31** Mit Augenkomplikationen, als entgleist bezeichnet
- E 14.3** Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen
 - E 14.30** Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen nicht als entgleist bezeichnet
 - E 14.31** Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen, als entgleist bezeichnet

Spezifikation der Augenkomplikation:

- H 36.0** Retinopathia diabetica

Typ-1-Diabetes

- E 10.3** Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen
 - E 10.30** Mit Augenkomplikationen nicht als entgleist bezeichnet
 - E 10.31** Mit Augenkomplikationen als entgleist bezeichnet

Spezifikation der Augenkomplikation:

- H 36.0** Retinopathia diabetica

Qualifikation/ Lokalisation

Jeweils nur eine Nennung möglich!

Qualifikation

- "G" gesicherte Diagnose
- "A" Ausschluss

Lokalisation

- links
- rechts
- beidseitig

Ich erkläre:

- Die Untersuchung wurde bei dem/der Versicherte(n) durchgeführt, weil bereits eine diabetische Retinopathie vorlag oder weil (augen-) ärztlicherseits ein dringender Verdacht darauf bestand.
- Die o.g. ICD-10-Codierung wurde auch in die Praxis-EDV eingetragen.
Die oben genannten Leistungen habe ich unter Einhaltung der Bestimmungen des Vertrages vollständig erbracht und nicht gleichzeitig über eine Kassenärztliche Vereinigung oder Privatliquidation abgerechnet.

Hiermit beauftrage ich die medconsult | dr.heberlein die in diesem Formular nach § 295 Abs. 1b SGB V i.V.m. den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierzu erlassenen Richtlinien und Technischen Anlagen in der jeweils geltenden Fassung enthaltenen Angaben entgegenzunehmen, im erforderlichen Umfang zu verarbeiten und elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträger an die Deutsche BKK bzw. deren beauftragten Dienstleister weiterzuleiten.

Name/Unterschrift/Stempel der teilnehmenden Arztpraxis

Praxis-Stempel

Datum:

Unterschrift:

Teilnahme- und Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Vertrag über ergänzende Vorsorgeuntersuchungen zur Feststellung diabetesbedingter Folgeerkrankungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Ich bin damit einverstanden, dass dieser Bogen zu Abrechnungszwecken sowie für die Qualitätssicherung an die Deutsche BKK oder spectrum|K GmbH bzw. an die von der Deutschen BKK und spectrum|K GmbH beauftragten Abrechnungsdienstleister weitergeleitet und verarbeitet werden darf.

Ort/Datum:

Unterschrift des Patienten:
