

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



# Beendigungs-/Ausschlussgründe

-vom VERTRAGSARZT auszufüllen-

## Mitteilung über Beendigungs- oder Ausschlussgründe, die beim obengenannten Versicherten vorliegen

-bitte ankreuzen-

- Wegfall der gemäß **§ 8 Abs. 2** des Vertrages definierten Teilnahmevoraussetzungen
- Vordergründig bestehende Suchterkrankung oder weiteres bestehendes Ausschlusskriterium (im Sinne **§ 8 Abs. 3** des Vertrages)
- Non-Compliance im Sinne von Nichteinhaltung des Therapieplans und der Therapieempfehlungen gemäß **§ 8 Abs. 4** des Vertrages in Verbindung mit der vom Versicherten unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- Weitere/sonstige Ausschlussgründe:

---



---



---



---

**Hinweis:** Bei Teilnahmebeendigung aufgrund Ablauf der in **§ 10 Abs. 2** definierten Teilnahme-dauer ist eine Mitteilung über das Teilnahmeende des Versicherten nicht erforderlich.

Datum, an dem der Beendigungs- oder Ausschlussgrund festgestellt worden ist:

--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel und Unterschrift VERTRAGSARZT

Bitte senden Sie diese Mitteilung  
**innerhalb von 10 Arbeitstagen**  
nach Feststellung des  
Beendigungs- oder  
Ausschlussgrundes an:

AOK PLUS  
Datenzentrum  
09099 Chemnitz