Versorgungsverbundtreffen - Nachweis

zum Vertrag PsycheAktiv Sachsen

Der FACHARZT führte gemäß **§ 12 Abs. 4** des Vertrages PsycheAktiv Sachsen ein Versorgungsverbundtreffen durch:

Thema: _____

Datum: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Anschrift: .....
Veranstaltungsort

Angaben zum organisierenden **FACHARZT**

Name: .....
LANR: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Für dieses Versorgungsverbundtreffen wurde eine Zertifizierung durch die Sächsische Landesärztekammer gemäß § 95d Abs. 2 SGB V beantragt: Ja ☐ Nein ☐

Die Inhalte und Themen dieses Versorgungsverbundtreffens sind im Folgenden stichpunktartig aufgeführt:

Die Teilnehmerliste ist umseitig ausgefüllt oder diesem Formular angeheftet.

Bitte senden Sie diesen Nachweis
innerhalb von 14 Arbeitstagen
nach der Veranstaltung an:

AOK PLUS
Datenzentrum
09099 Chemnitz

_____
Stempel und Unterschrift des FACHARZTES

An der Veranstaltung am …… haben folgende Personen teilgenommen:

Teilnehmerliste

Name, Vorname	LANR bzw. Krankenhaus	HA/FA/TB/KH*	Praxis/Krankenhaus Ort	Unterschrift

Name, Vorname	LANR bzw. Krankenhaus	HA/FA/TB/KH*	Praxis/Krankenhaus - Ort	Unterschrift

* Angabe HA für teilnehmenden HAUSARZT; Angabe FA für teilnehmenden FACHARZT; Angabe TB für Therapiebegleiter, Angabe KH für Krankenhaus.