

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	



Badepark 3, 39218 Schönebeck
 Tel.: 03928/42560-0
 Fax: 03928/42560-19
 E-Mail: info@agrsbk.de

Name des Patienten:

Tel. Nr. des Patienten/Ansprechpartner:

Anmeldeformular (bitte faxen unter: 03928/ 42 560-19)

zum Vertrag über eine ambulante geriatrische Komplexbehandlung durch interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung des betroffenen Patientenlientels in einer geriatrischen Schwerpunktpraxis im Rahmen der integrierten Versorgung nach §140 a ff SGB V.

akute Diagnosen:

Nebendiagnosen:

Medikation:

Pflegestufe: _____

Wenn stationär, vorgesehener Entlassungstermin: _____

Unterschrift/ Stempel:

Bitte fügen Sie eine Epikrise (falls vorhanden) bei.