



Bitte unterschreiben und per Post/ Fax an

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Vertragsabteilung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Praxisstempel

Fax: (030) 31003 – 50 380

### Information

**gemäß § 2 Abs. 2 des Strukturvertrages zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit gesteigertem Versorgungsbedarf (Betreuungsstrukturvertrag) nach § 73a SGB V zwischen dem AOK Landesverband (AOK Nordost) und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin**

Über die nach den allgemeinen Regeln vergüteten Leistungen und Aufwände hinaus, stelle ich zur Erhöhung der Beratungsintensität separate Angebote für Patienten mit ausgewählten Krankheitsbildern (gemäß der vertraglich vereinbarten Diagnoseliste), z. B. in Gestalt eines zusätzlichen Sprechstunden-, Wartezeitenmanagements- und/ oder Koordinierungsangebotes, zur Verfügung.

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

BSNR / LANR des Arztes: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes