

Abrechnungsinformationen aller Leistungserbringer im TK IV Vertrag für Katarakt Operationen

Von jedem teilnehmenden Arzt bzw. Zahlungsempfänger werden zur Abrechnung folgende Daten benötigt:

| | |
|--|--|
| Bezeichnung Praxis/ MVZ/ Klinik | |
| Anschrift der Betriebsstätte | |
| Name des teilnehmenden Arztes | |
| Mobile Telefonnummer (nur für persönl. Rückfragen) | |
| Persönliche Email-Adresse des teilnehmenden Arztes | |
| LANR | |
| BSNR und NBSNR (wenn vorhanden) | |
| Ggf. abweichende Anschrift für Abrechnungen | |
| Ansprechpartner Abrechnung | |
| Telefonnummer Ansprechpartner Abrechnung | |
| Email Ansprechpartner Abrechnung | |
| Zahlungsempfänger/ Kontoinhaber | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Kontoführendes Institut | |

Datum

Unterschrift/ am IV Vertrag teilnehmender Vertragsarzt/ Stempel