

## 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