



KVS BGST Dresden, PF 10 06 41, 01076 Dresden

BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE DRESDEN

Telefon: (0351) 88 28-0
Telefax: (0351) 88 28-199

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Postfach 10 06 41

01076 Dresden

Arztstempel

RÜCKMELDUNG

FAX: 0351/88 28-199

Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Titel / Name _____

Fachgebiet _____

Praxis / MVZ in _____

Bitte folgende Angaben kennzeichnen:

Es besteht bereits eine Kooperation/Zusammenarbeit mit dem stationären Pflegeheim/den stationären Pflegeheimen.

in (Bezeichnung, Anschrift) _____

An einer **Kooperation nach § 119 b SGB V** bin ich interessiert.
Ich bin einverstanden, dass die KVS meine Anschrift an eine anfragende Pflegeeinrichtung weiterleitet.

Ich bin **nicht an einer Kooperation nach § 119 b** interessiert.

Ort/ Datum

Unterschrift des Arztes



KVS BGST Chemnitz, PF 11 64, 09070 Chemnitz

BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE CHEMNITZ

Telefon: (0371) 27 89-403

Telefax: (0371) 27 89-491

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz
Postfach 11 64

09070 Chemnitz

Arztstempel

RÜCKMELDUNG

FAX: 0371/27 89-491

Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Titel / Name _____

Fachgebiet _____

Praxis / MVZ in _____

Bitte folgende Angaben kennzeichnen:

- Es besteht bereits eine Kooperation/Zusammenarbeit mit dem stationären Pflegeheim/den stationären Pflegeheimen.

in (Bezeichnung, Anschrift) _____

- An einer **Kooperation nach § 119 b SGB V** bin ich interessiert.
Ich bin einverstanden, dass die KVS meine Anschrift an eine anfragende Pflegeeinrichtung weiterleitet.

- Ich bin **nicht an einer Kooperation nach § 119 b** interessiert.

Ort/ Datum

Unterschrift des Arztes



KVS BGST Leipzig, PF 24 11 52, 04331 Leipzig

BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE LEIPZIG

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Leipzig
Braunstraße 16

04347 Leipzig

Arztstempel

RÜCKMELDUNG

FAX: 0341/24 32-101

Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Titel / Name _____

Fachgebiet _____

Praxis / MVZ in _____

Bitte folgende Angaben kennzeichnen:

- Es besteht bereits eine Kooperation/Zusammenarbeit mit dem stationären Pflegeheim/den stationären Pflegeheimen.

in (Bezeichnung, Anschrift) _____

- An einer **Kooperation nach § 119 b SGB V** bin ich interessiert.
Ich bin einverstanden, dass die KVS meine Anschrift an eine anfragende Pflegeeinrichtung weiterleitet.

- Ich bin **nicht an einer Kooperation nach § 119 b** interessiert.

Ort/ Datum

Unterschrift des Arztes