



Anlage 5



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

DAK-Gesundheit Postzentrum 22778 Hamburg
--

Besondere ambulante Versorgung von Patienten im Fachgebiet Psychotherapie

Abmeldung

Abmeldung zum: _____ (Datum, letzter Behandlungstag im Selektivvertrag)

Grund der Abmeldung:

1. Behandlung abgeschlossen	
2. Patient(in) möchte nicht mehr an der Versorgung teilnehmen	
3. Umzug	
4. verstorben	
5. Sonstiger Grund	
6. Weiterer Behandlungsbedarf in der Regelversorgung ist aus medizinischen Gründen nach dem Auslaufen des Selektivvertrages nötig. Ich bestätige hiermit, dass ich bislang im Einzelvertrag folgende Anzahl von Therapiestunden erbracht habe: _____ Anzahl Stunden (diese Angabe ist notwendig, damit die DAK-G den Folgeantrag bearbeiten kann) Leistungen nach dieser Vereinbarung können bis zum oben genannten Tag der Abmeldung erbracht und abgerechnet werden, sofern das Abmeldedatum vor dem 31.12.2021 liegt. Diesem Dokument wird ein Folgeantrag für die Regelversorgung (PTV1 und PTV2) beigelegt.	

 Datum, Unterschrift, Stempel