

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

Zuweiser-Anmeldung des Versicherten  
zur  
Integrierten Versorgung mit dem  
SchmerzNetzNRW e.G.



**BARMER GEK**  
**120A02AE015**




HKF-R10

Grad: A  B  C  D  E  (bitte ankreuzen)

PDI

Score:

Senden Sie das Formular per Fax an:  
**0221/ 94 38 9-139**

### Abrechnungsformular

Vertrag zur Teilnahme liegt vor:

Kontoverbindung liegt vor:

Abweichende Kontoverbindung: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

*Die Auszahlung des Screening-Honorares in Höhe von 30,00 € erfolgt nach positiver Einschreibung des Patienten/Patientin in den IV-Vertrag auf das benannte Konto.*

Stempel der Arztpraxis

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift