

ABRECHNUNG

SPORTMEDIZINISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG



Abrechnung einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung bei Versicherten der BKK RWE

Bei _____
Name, Vorname: _____ Geburtstag _____

wurden am _____ folgende Leistungen im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung* erbracht (vom Arzt zu bestätigen):

Bitte ankreuzen	Modul	Durchgeführte Leistung	Betrag
<input type="checkbox"/>	I	Anamnese und Untersuchung S1-Richtlinie DGSP), Erhebungsbogen, klinische Untersuchung	130 €
<input type="checkbox"/>	II	EKG in Ruhe und Belastung (Ergometrie), H1-Basislabor, kleines Blutbild, Glukose, ausführliches Gespräch und schriftlicher Bericht	
<input type="checkbox"/>	III	Laktatleistungsdiagnostik (nicht separat abrechenbar, d. h. nur mit I und II)	40 €
		Gesamt (bitte eintragen):	€

* notwendige Qualifikation der untersuchenden Ärzte:
I bis II: Arzt befindet sich auf Liste der DOSB-/DGSP-empfohlenen Untersucher
III: Arzt hat DGSP-Zertifikat Laktat-Leistungsdiagnostik 1 und 2 erworben

Unterschrift/Stempel Arzt

Bankverbindung

Ich bitte, den erstattungsfähigen Betrag auf folgende Bankverbindung zu überweisen:

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied BKK RWE

Vorbereitet für ein Fensterkuvert

BKK RWE
Eurener Str. 33
54294 Trier

