



Praxisstempel

Anschrift der Krankenkasse

Ort, Datum

Ihre Anfrage betreffend die Patientin / den Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Anfrage zum vorgenannten Patienten haben wir erhalten.

Für die weitere Bearbeitung sind folgende Ergänzungen / Korrekturen erforderlich:

- Angabe der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften für die Auskunftsermittlung (vergleiche § 36 Abs. 1 Satz 2 BMV-Ä).
- Angabe der EBM-Nr., nach der die Anfrage berechnet werden kann (siehe Nr. 1.2.3 Anlage 2 des BMV-Ä).
- Der übersandte Vordruck entspricht aus den nachstehend aufgeführten Gründen nicht den Vorgaben der Vordruckvereinbarung:
 - Der Vordruck enthält vertragswidrige Ergänzungen.
 - Der Vordruck entspricht nicht den verbindlichen, technischen Formaten (z. B. Anordnung und Abmessung für den Umdruck).

Vor dem Hintergrund der zuvor beschriebenen bundesmantelvertraglichen Vorschriften wird die Bearbeitung Ihrer Anfrage so lange zurückgestellt, bis diese von Ihrer Seite erfüllt wurden.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Stempel / Unterschrift des Arztes