

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

**Abrechnung gem. Anlage 19 in Verbindung  
mit §19 Abs. 3ff Facharztvertrag  
Kardiologie**

per Post senden an:  
**MEDIVERBUND AG**  
Abrechnungsabteilung  
Liebknechtstraße 29  
70565 Stuttgart

**Behandlungsdatum:** \_\_\_\_\_

**Diagnose(n) inkl. Sicherheit:** \_\_\_\_\_

**Erbrachte Leistung (bitte ankreuzen):**

	GOP-Ziffer	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Betrag
<input type="checkbox"/>	R1	Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe	402,00 €
<input type="checkbox"/>	R2	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress	450,00 €

**Je Behandlungstag ist nur eine Leistung abrechenbar. Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anhang 3 zu Anlage 2 des AOK/Bosch BKK Facharztvertrags Kardiologie.**

**Erläuterungen**

1. Die Vertragspartner des AOK/Bosch BKK Facharztvertrags Kardiologie haben vereinbart, dass mit Wirkung ab 01.01.2023 und vorerst befristet bis zum 31.12.2024 Radiologen diesen Vertrag beitreten können. Näheres ergibt sich aus § 31 und Anlage 19.
2. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen eines beigetretenen Radiologen erfolgt gegenüber der MEDIVERBUND AG mit diesem Abrechnungsbogen. Die Abrechnung muss die oben genannten Angaben enthalten. Die MEDIVERBUND AG rechnet die Leistungen mit der AOK Baden-Württemberg/Bosch BKK ab. Es gelten die in Anlage 19 vereinbarten Regelungen.
3. Gemäß Anlage 19 des Facharztvertrags Kardiologie ist die Abrechnung der radiologischen Leistungen durch den beigetretenen Radiologen auf die Durchführung seiner Leistungen im Zusammenhang mit einem Kardio-MRT gem. Anlage 2 Anhang 3 beschränkt.
4. Voraussetzung für die Abrechnung der radiologischen Leistungen ist das Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung gem. Anhang 3 zu Anlage 2 zwischen dem KARDIO-MRT-KARDIOLOGEN und dem beigetretenen Radiologen.
5. Der Abrechnungsbogen muss mit einer Originalunterschrift versehen werden und an die oben genannte Anschrift geschickt werden.

**Ich bestätige die persönliche Leistungserbringung nach den oben genannten Regelungen und die Richtigkeit der Abrechnung der Leistungen auf diesem Abrechnungsbogen.**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Praxisstempel