

**Bestätigungsformular „Qualifikation und entsprechende  
Ausstattung zur Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ und  
„Amblyopie-Screening“**

Hiermit bestätige ich

---

**Praxisname**

meine Qualifikation und das Vorliegen der notwendigen Ausstattung für die medizinische  
Leistung

- Kleine Chirurgie  
 Amblyopie-Screening  
(zutreffendes ankreuzen)

---

**Datum**

**Unterschrift**

**Name in Druckbuchstaben**

**Bitte per Fax (07 11-80 60 79 566) oder per Post an die  
MEDIVERBUND AG, Liebkechtstraße 29, 70565 Stuttgart**