

**Praxisdaten**

BSNR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

# Patientenerklärung

## Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der qualifizierten ambulanten Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung)

**Patientendaten**

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

Ich habe im aktuellen Kalendervierteljahr \_\_\_\_\_ (Angabe des Quartals) noch keine Leistung im Rahmen der qualifizierten ambulanten Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung) außer in der oben genannten Praxis in Anspruch genommen.

Die Onkologie-Vereinbarung sieht eine möglichst umfassende, ambulante vertragsärztliche Behandlung krebskranker Patienten durch dazu besonders qualifizierte Ärzte vor, denen die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich zukommt. Deshalb ist die Abrechnung dieser Leistungen nur für einen Vertragsarzt möglich, selbst wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden sind.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen innerhalb eines Kalendervierteljahres von meiner Krankenkasse pauschal nur einer Praxis vergütet werden.

Ich wähle daher allein die oben genannte Praxis zur Durchführung dieser Leistungen.

Im Falle der Konsultation anderer Ärzte im Rahmen der Behandlung, werde ich auf diese Wahl hinweisen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift