

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
 Bezirksdirektion Stuttgart
 Geschäftsbereich
 Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
 Albstadtweg 11
 70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Stephanie Schumann | Telefon 0711 7875-3283 | Fax 0711 7875-483925 | stephanie.schumann@kvbawue.de

Meldung von Teilnahmeveränderungen – Interventions-und Kontrollgruppe

gemäß §§ 4 und 6 bzw. 7 der Vereinbarung zur Durchführung des Versorgungskonzeptes im Rahmen von CoCare

Teilnahmeveränderung für die Versicherte bzw. den Versicherten:

Name, Vorname	Krankenkasse
Name der Pflegeeinrichtung	
Datum der Veränderung	

Grund der Teilnahmeveränderung:

- Widerrufserklärung oder Kündigung
- Auszug aus der teilnehmenden Pflegeeinrichtung bzw. Umzug in eine andere Pflegeeinrichtung
- Versterben des Bewohners
- Widerruf der Einwilligung zur Datenübermittlung
- Wechsel zu einem nicht am Projekt teilnehmenden Hausarzt
- Wechsel zu einem anderen am Projekt teilnehmenden Hausarzt (Name: _____)
- Krankenkassenwechsel