

Kassenärztliche Vereinigung Saarland

Postfach 10 16 61

66016 Saarbrücken

Anzeige eines Kooperationsvertrages zwischen Zahnärztin/Zahnarzt und Pflegeeinrichtung nach § 119b Abs. 2 SGB V

Hiermit zeige ich den Abschluss eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 2 SGB V gemäß den Mindestanforderungen ab dem _____ mit folgender Pflegeeinrichtung an:

Name Pflegeeinrichtung: _____

Adresse: _____

Institutionskennzeichen: _____

Bitte zeigen Sie die Kooperation für jede Pflegeeinrichtung mit diesem Formblatt gesondert an.

Ort, Datum

Unterschrift

Abrechnungstempel:

Bitte denken Sie daran, dass gemäß der Rahmenvereinbarung auch Vertragsänderungen sowie die Beendigung eines solchen Vertrags, etwa infolge Kündigung oder Ablauf der Vertragsdauer, anzeigepflichtig sind.