

IKK classic
Unternehmensbereich
Gesundheitspartner und -versorgung
Tannenstraße 4 b
01099 Dresden

Absender/Stempel

Institutionskennzeichen:

Interessensbekundung zum Abschluss eines Vertrages über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Infusionstherapie (Schmerztherapie, Parenterale Ernährung)

Bitte Zutreffendes jeweils ankreuzen und gegebenenfalls ergänzen:

Ich habe/Wir haben Interesse am Abschluss des oben genannten Vertrages für folgende Bereiche und weise/n die aktuelle Eignung nach § 126 SGB V nach:

- Produktgruppe 03.99.04 Infusionspumpen (mechanisch, hydraulisch, pneumatisch)
- Produktgruppe 03.99.05.2-7 Elektronische Infusionspumpen, Hormonpumpen, Spritzenpumpen
- Produktgruppe 03.99.06.1,3 Ernährungspumpen (parenteral)
- Produktgruppe 03.99.08 Verbrauchsmaterialien zur Infusionstherapie

Ich habe/Wir haben bisher Versicherte der IKK classic mit Hilfsmitteln in folgenden Bereichen versorgt:

- Produktgruppe 03.99.04 Infusionspumpen (mechanisch, hydraulisch, pneumatisch)
- Produktgruppe 03.99.05.2-7 Elektronische Infusionspumpen, Hormonpumpen, Spritzenpumpen
- Produktgruppe 03.99.06.1,3 Ernährungspumpen (parenteral)
- Produktgruppe 03.99.08 Verbrauchsmaterialien zur Infusionstherapie

Anzahl der Versicherten, die im Jahr 2017 versorgt wurden: _____

Anzahl der Versicherten, die im Jahr 2016 versorgt wurden: _____

- Bisher erfolgte keine Versorgung der Versicherten der IKK classic in diesen Bereichen.

Ich bin/Wir sind Mitglied in einem Verband, einem Verbund oder einer Innung:

- Ja, in folgendem/folgender Verband/Verbund/Innung:

- Wir sind folgende/r Verband/Verbund/Innung:

- Keine Zugehörigkeit zu einem Verband, einem Verbund oder einer Innung

Ich habe/Wir haben Interesse an:

- Vertragsverhandlung
- Vertragsbeitritt

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

Ansprechpartner
und Funktion

IK Nummer

Telefonnummer

E-Mail