

Versand per Post (Fensterumschlag) oder  
als Scan per mail an [nfp-suedkreis@gmx.de](mailto:nfp-suedkreis@gmx.de)

Stempel der vertretenen Praxis

**Kürzungen des Poolarzt Honorars nur mit dieser  
Kontrollmitteilung an den Ärzteverein zulässig!**

Ärzteverein Südkreis Mettmann e.V.  
Vorstand  
Herr Hans-Peter Meuser  
Akazienallee 28  
40764 Langenfeld

**Kürzung der Poolarztrechnung für Notdienst am** \_\_\_\_\_

**Name des Poolarztes:** \_\_\_\_\_

Die Poolarzt-Rechnung über \_\_\_\_\_ € haben wir um \_\_\_\_\_ € auf \_\_\_\_\_ €  
gekürzt und bitten um Überprüfung. (Keine Kürzung unter das Mindesthonorar).  
Der Poolarzt hat eine Kopie dieses Schreibens erhalten.

*(Aufzuführen sind nur die Patienten, bei denen gekürzt wurde, sowie deren Kürzungsbetrag)*

**Häufige Kennungen für Kürzungsgründe:**

D = Dokumentation fehlt / unvollständig / unleserlich  
Z = Ziffer unbekannt / nicht neben anderen abrechenbar

T = Zeitangabe fehlt / vorgegebene Zeit nicht eingehalten  
L = Leistung durch Diagnose / Doku nicht hinreichend begründet

Name des Patienten, bei dem das Honorar gekürzt wurde	Lfd. Nr.	Ziffer EBM/GOÄ	Re. gekürzt um (Euro)	Begründung der Kürzung (Kennung und/oder Freitext), vgl. oben Kennungen / Erläuterungen

Mit freundlichem Gruß