

**Bestätigungsformular „Qualifikation und entsprechende
Ausstattung zur Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ und
„Amblyopie-Screening“**

Hiermit bestätige ich

Praxisname

meine Qualifikation und das Vorliegen der notwendigen Ausstattung für die medizinische
Leistung

- Kleine Chirurgie
 Amblyopie-Screening
(zutreffendes ankreuzen)

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

**Bitte per Fax (07 11-80 60 79 566) oder per Post an die
MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart**