

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Anlage 6

## Abmeldung

### **Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg**

Die Abmeldung ist schriftlich zu richten an die zuständige BKK:

Kontaktdaten der zuständigen BKK finden Sie unter:

[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) → Leistungen → Verträge & Abrechnung → Psychotherapie BKK VAG → Ansprechpartner bei der Krankenkasse

**Abmeldung zum:** \_\_\_\_\_ (Datum)

**Grund der Abmeldung:**

1. Behandlung abgeschlossen	
2. Patient(in) kündigt / möchte nicht mehr an der Versorgung teilnehmen	
3. Umzug des Patienten	
4. Patient ist am ..... verstorben.	
5. Sonstiger Grund	

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel