|  |  |
| --- | --- |
|  | Innere Medizin |

**Voraussetzungen für die Berechtigung zur Verrechnung**

**der**

# Pos.Nr. 258 24-Stunden-Blutdruckmonitoring

gem. Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte des oö. Gesamtvertrages

**Geräte:**

**Vorlage**

* **der Rechnung samt Zahlungsbestätigung (bei Kauf)**
* **des Leasingvertrages (bei Leasinggeräten)**
* **der Übernahmebestätigung (bei Geräten, die vom Vorgänger übernommen wurden)**
* **Nachweis der Messgenauigkeitsüberprüfung (bei Geräten, die älter als 2 Jahre sind)**
* **der Gerätebeschreibung**

|  |
| --- |
| **oszillatorische oder auskultatorische Messmethode** |
| Gerät-Type |  | **Marke** | **Erzeuger/****Lieferant** | **Baujahr** |
|       |  |  |  |  |

.............................................. .......................................................

**Datum Stempel und Unterschrift**

 des Vertragsarztes/der Vertragsärztin