

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

PsycheAktiv Sachsen

Anzeige Arztwechsel

**vom Versicherten und vom neu gewählten FACHARZT
auszufüllen und zu unterzeichnen**

Sofern ein Facharztwechsel erforderlich ist und der Versicherte während seiner Teilnahmedauer einen neuen Facharzt wählt, bspw. im Falle eines Arztwechsels aufgrund Praxisaufgabe oder -übernahme oder bspw. auch im Falle eines gestörten Facharzt-Patienten-Verhältnisses, ist dieser Facharztwechsel unverzüglich bei der AOK PLUS anzuzeigen.

Bei einem Arztwechsel wird die Versorgung im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen nahtlos fortgesetzt. Damit hat ein Arztwechsel keinen Einfluss auf die Teilnahmebedingungen und die Teilnahmedauer des Versicherten.

Bitte senden Sie diese Anzeige per Post an:

**AOK PLUS
Datenzentrum
09099 Chemnitz**

Facharzt, der den Versicherten VOR dem Arztwechsel im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen betreut hat:

Bisheriger Facharzt: Name, Vorname

Praxisstandort

NEU gewählter Facharzt:

Name, Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

LANR: _____

Hiermit wird bestätigt, dass o. g. Versicherte den vorstehend genannten Facharzt als seinen neuen betreuenden Facharzt im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen wählt.

Der Arztwechsel wird wirksam zum: (Datum, zu welchem Zeitpunkt der Arztwechsel erfolgt/erfolgen soll)

T T M M J J J J

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift / Stempel neu gewählter Facharzt