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

Anlage 10 zum Vertrag

PsycheAktiv Sachsen

Beendigungs-/Ausschlussgründe

-vom VERTRAGSARZT auszufüllen-

Mitteilung über Beendigungs- oder Ausschlussgründe, die beim obengenannten Versicherten vorliegen

-bitte ankreuzen-

☐ Wegfall der gemäß **§ 8 Abs. 2** des Vertrages definierten Teilnahmevoraussetzungen

☐ Vordergründig bestehende Suchterkrankung oder weiteres bestehendes Ausschlusskriterium (im Sinne **§ 8 Abs. 3** des Vertrages)

☐ Non-Compliance im Sinne von Nichteinhaltung des Therapieplans und der Therapieempfehlungen gemäß **§ 8 Abs. 4** des Vertrages in Verbindung mit der vom Versicherten unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung

☐ Weitere/sonstige Ausschlussgründe:

_____

_____

_____

_____

Hinweis: Bei Teilnahmebeendigung aufgrund Ablauf der in **§ 10 Abs. 2** definierten Teilnahmedauer ist eine Mitteilung über das Teilnahmeende des Versicherten nicht erforderlich.

Datum, an dem der Beendigungs- oder Ausschlussgrund festgestellt worden ist:

Stempel und Unterschrift VERTRAGSARZT

Bitte senden Sie diese Mitteilung **innerhalb von 10 Arbeitstagen** nach Feststellung des Beendigungs- oder Ausschlussgrundes an:

AOK PLUS
Datenzentrum
09099 Chemnitz