

**VORSCHLAG FÜR DIE ABSCHAFFUNG EINER LKVL-LEISTUNG**

Gesundheitsbezirk

Einrichtung

Produktionseinheit (Abteilung,  
Dienst)

Name des Antragstellers

Telefonnummer

E-mail

Kodex der abzuschaffenden LKVL-  
Leistung

oder

Kodex der entsprechenden  
Leistung im Tarifverzeichniskurze deutsche Beschreibung der  
abzuschaffenden LKVL-Leistungkurze italienische Beschreibung  
der abzuschaffenden LKVL-  
Leistung

Begründung der Abschaffung

weitere nützliche Angaben oder  
Informationen, Bemerkungen