

**Anlage 1 – Teilnahmeerklärung des Frauenarztes**

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6  
44141 Dortmund

Faxnummer: **0231 9432-1569**

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung des Frauenarztes zum Vertrag nach § 140a Abs. 1 SGB V****über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren**

Hiermit beantrage ich für mich bzw. meinen angestellten Arzt die Teilnahme am oben genannten Vertrag und mache dazu folgende Angaben:

Name, Vorname	
Facharzt für	
LANR	
BSNR Hauptbetriebsstätte	

Ich erfülle die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag Willkommen Baby! und verpflichte mich, die Vertragsinhalte entsprechend umzusetzen.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten (Name, Praxisadresse, Telefon, Telefax, E-Mail, Praxis-Website) im Leistungserbringerverzeichnis der KVWL sowie auf der Homepage der DAK-G ([www.dak.de/dakspezialistennetzwerk](http://www.dak.de/dakspezialistennetzwerk)) einverstanden.

Die Abrechnung erfolgt vertragsgemäß durch die KVWL Consult GmbH. Dazu benötigt die KVWL Consult GmbH die Angabe einer gültigen Bankverbindung:

Bankinstitut	
IBAN	

Berufsverband der Frauenärzte e.V. Landesverband Westfalen-Lippe

Ja, ich bin Mitglied  Mitgliedsnummer

Ort, Datum

Unterschrift

(Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen)