

# Antrag auf Teilnahme

an den Verträgen „Amblyopiescreening“

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

Faxnummer: 0231/9432-1569



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

## Wichtig:

Bei der Teilnahme von Vertragsärzten in einer BAG muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) zu stellen!

LANR:

Name:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit meine Teilnahme für

mich:

\_\_\_\_\_

für meinen angestellten Arzt:

\_\_\_\_\_

an den folgenden Verträgen nach § 140a SGB V **über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern „Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung“**

**Alle aufgeführten Verträge - sofern mit anderen Krankenkassen inhaltsgleiche Verträge abgeschlossen werden, gilt diese Teilnahmeerklärung auch für zukünftige Verträge**

Knappschaft

DAK-Gesundheit

BKK ARGE OWL für teilnehmende BKKn

## Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllt werden.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_

Unterschrift des angestellten Arztes

Vertragsarztstempel