



### Antrag auf Teilnahme für Ärzte

Vertrag über die „frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)“  
zwischen der KVWL und der IKK classic nach § 140a SGB V

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

**Faxnummer: 0231/9432-1569**

**Wichtig:**

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

#### 1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag für

mich:

\_\_\_\_\_

für meinen angestellten Arzt:

\_\_\_\_\_

#### 2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- mit der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift, meiner Telefon- und Faxnummer auf der Internetseite der IKK classic, der beigetretenen Krankenkassen und der KVWL sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

**Stempel**