

Anhang 1

Antrag auf Teilnahme

zum Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit CED mit der BARMER

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



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

Faxnummer: 0231/9432-1569

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:

Folgende Nachweise sind beigefügt:

Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED Schwerpunktpraxis im bng“

oder

Betreuung von > 50 CED-Patienten pro Jahr/Praxis (Nachweis in zumindest einem Jahr ab 2013)

 Nachweis Zertifikat „CED-Versorgungsassistenz“

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- einer Veröffentlichung meiner Teilnahme zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL und der BARMER zustimme.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes

Vertragsarztstempel

