



Anlage 3

zum Vertrag gemäß § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit CED

Antrag auf Teilnahme

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:

Folgende Nachweise sind beigefügt (sofern sie der KVWL nicht vorliegen):

Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED Schwerpunktpraxis im bng“
oder

Betreuung von > 50 CED-Patienten pro Jahr/Praxis (Nachweis in zumindest einem Jahr ab 2016)

 Nachweis Zertifikat „Versorgungsassistenz CED“

Nachweis Zertifikat „Fachassistenz CED“

 Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik nach Anwendungsbereich 7.1 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V liegt der KVWL vor

2. Verpflichtungserklärung

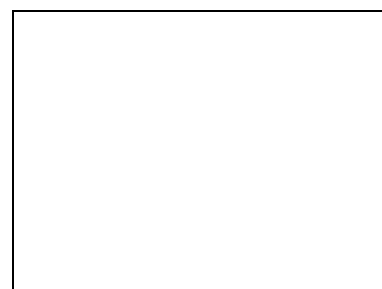
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- einer Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf der Homepage der KVWL, der GWQ ServicePlus AG sowie der teilnehmenden Krankenkassen einverstanden bin.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes



Vertragsarztstempel