



**Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KVWL, der DAK-Gesundheit und der KKH**

**Antrag auf Teilnahme**

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schirrigk-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

- durchschnittlich mind. 30 Patienten (GKV) mit Diabetes mellitus pro Quartal betreue.
- 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 sowie der jeweiligen Krankenkasse einverstanden bin

**Die Teilnahmeerklärung gilt auch für neu dieser Vereinbarung beitretende Krankenkassen.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes



Vertragsarztstempel