



Antrag auf Teilnahme für Ärzte an den Verträgen

über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des
Diabetes mellitus auf Grundlage des § 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.

Sofern mit anderen Krankenkassen inhaltsgleiche Verträge abgeschlossen werden, gilt diese
Teilnahmeerklärung auch für zukünftige Verträge

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift angestellten Arztes

Vertragsarztstempel