



Antrag auf Teilnahme für Ärzte

Vertrag über die **frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie**
zwischen der KVWL, der DAK-Gesundheit und der KKH 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.
- ich alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift, meiner Telefon- und Faxnummer auf der Internetseite der vertragsschließenden und beigetretenen Krankenkassen und der KVWL sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerzeichnisses einverstanden bin.
- meine Teilnahmeerklärung auch für neu diesem Vertrag beitretende Krankenkassen gilt.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel