

Anlage 1



Antrag auf Teilnahme für Ärzte
an der Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot
(U 10/U 11 sowie J2) zwischen der KVWL und der AOK NORDWEST
im Einvernehmen mit dem BVKJ

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

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

Telefax: 0231 / 9432-1569

Wichtig:

Bei der Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jedes Mitglied der Gemeinschaftspraxis eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!

Hiermit stelle ich den Antrag, an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

- (1) Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der o. g. Vereinbarung informiert.
- (2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen der o. g. Vereinbarung als teilnehmender Arzt erfülle.
- (3) Ich werde die Regelungen der Vereinbarung gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen der Vereinbarung geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend gemacht werden dürfen. Die erbrachten Leistungen werden gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Rechnung gestellt.
- (4) Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an der o. g. Vereinbarung ausgeschlossen werden kann und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.

Die Vergütung erfolgt über die Quartalsabrechnung. Die KVWL ist berechtigt, die satzungsgemäßen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen. Darüber hinaus wird die KVWL zusätzlich 1,7 v. H. von der jeweiligen Vergütung einbehalten und an die bvkJ.Service GmbH für deren Leistungen (u. a. kostenlose Zurverfügungstellung der Untersuchungshefte des bvkJ) abführen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel

Bitte fügen Sie diesem Teilnahmeantrag Ihre Nachweise bei!