

## Anlage 1



**Antrag auf Teilnahme für Ärzte  
an der Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot  
(U 10 und U 11) zwischen der KVWL und dem  
BKK Landesverband NW**

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel

---

**Bitte fügen Sie diesem Teilnahmeantrag Ihre Nachweise bei!**