



**Antrag auf Teilnahme für Ärzte
an den Verträgen mit der Techniker Krankenkassen über die
Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
(U10/U11/J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin**

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

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

Faxnummer: 0231/9432-1569

Wichtig:
Bei der Teilnahme von Vertragsärzten in
einer BAG muss jeder Vertragsarzt eine
eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom
Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) zu
stellen!

LANR:

Name:

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich
hiermit meine Teilnahme für

mich:

für meinen angestellten Arzt:

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

Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllt werden (ggf. Nachweise beifügen).
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke
der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher
Leiter des MVZ

Stempel