



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

Antrag auf Teilnahme

Anlage 1 zum Vertrag nach § 140 a SGB V
„Orthopädische Vorsorgeuntersuchung bei Kindern im 11. und 12. Lebensjahr“

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

Faxnummer: 0231/9432-1569

Wichtig:

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

Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

LANR:

Name:

1. Teilnahmeerklärung

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringende Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir transparent dargelegt worden. Mit dieser Erklärung erkenne ich die Rechte und Pflichten aus dem Vertrag „Orthopädische Vorsorgeuntersuchung bei Kindern im 11. und 12. Lebensjahr“ an.

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- mit der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift, meiner Telefon- und Faxnummer auf der Internetseite der DAK-Gesundheit und der KVWL sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden bin.

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

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes

Vertragsarztstempel

