



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

Antrag auf Teilnahme der Zertifizierten ambulanten Fußbehandlungseinrichtung (ZAFE)

zu den Vereinbarungen über die
Versorgung des „Diabetischen Fußsyndroms“

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! Bei Teilnahme eines MVZ muss ein hausärztlich tätiger Arzt im MVZ die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnen lassen.

LANR:

BSNR:

Teilnahmeberechtigt als ZAFE an diesem Vertrag sind anerkannte Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSPn), die

- über eine Zertifizierung der Arbeitsgemeinschaft Fuß der DDG als ambulante Fußbehandlungseinrichtung (ZAFE) verfügen und
- in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag mindestens 30 zugewiesene Patienten mit DFS behandelt haben.

Ich erfülle danach die Teilnahmevoraussetzungen und bin über die Inhalte der Vereinbarungen über die Versorgung des „Diabetischen Fußsyndroms“ zwischen der KVWL und den u. a. Krankenkassen umfassend informiert. Ich bin mit den Inhalten der o. a. Vereinbarungen einschließlich der Anlagen einverstanden und bereit, die mich betreffenden Aufgaben zu übernehmen. Insbesondere beachte ich die in § 12 der Vereinbarung normierten datenschutzrechtlichen Regelungen.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme zu den folgenden Vereinbarungen über die Versorgung des „Diabetischen Fußsyndroms“:

- AOK NORDWEST
- BKK-Landesverband NW (für teilnehmende BKKn)
- IKK classic
- Knappschaft
- SVLFG
- Sofern mit anderen Krankenkassen inhaltsgleiche Verträge abgeschlossen werden, gilt diese Teilnahmeerklärung auch für zukünftige Verträge

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ

Vertragsarztstempel