



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

## Antrag auf Teilnahme

an den Verträgen „Hautkrebsvorsorgeuntersuchung“

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

Faxnummer: 0231/9432- 1569

E-Mail: [versorgungqualitaet@kvwl.de](mailto:versorgungqualitaet@kvwl.de)

### 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:

### 1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an den folgenden Verträgen nach § 140a SGB V über die Durchführung einer **Hautkrebsvorsorgeuntersuchung**:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alle aufgeführten Verträge<br>- sofern mit anderen Krankenkassen inhaltsgleiche Verträge abgeschlossen werden, gilt diese Teilnahmeerklärung auch für zukünftige Verträge | <input type="checkbox"/> AOK NordWest   |
|  | <input type="checkbox"/> BARMER   |
|  | <input type="checkbox"/> BKK-Landesverband NORDWEST<br>(für beigetretende BKKn – s. Anlage Vertrag) |
|  | <input type="checkbox"/> Bosch BKK  |
|  | <input type="checkbox"/> BIG direkt gesund  |
|  | <input type="checkbox"/> HEK  |
|  | <input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT  |
|  | <input type="checkbox"/> Techniker Krankenkasse   |

### 2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

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

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel