

Anlage 4 „Teilnahmeerklärung Augenarzt“

zum Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über „die Selbsttonometrie und den Datentransfer bei Glaukompatienten zur Verbesserung der Versorgungssituation“ (SALUS) im Rahmen des Innovationsfonds gem. § 92a Abs. 1 SGB V



Antrag auf Teilnahme für Augenärzte

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über „die Selbsttonometrie und den Datentransfer bei Glaukompatienten zur Verbesserung der Versorgungssituation“ (SALUS) im Rahmen des Innovationsfonds gem. § 92a Abs. 1 SGB V

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

Faxnummer: 0231/9432-1569

Wichtig:

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

LANR: _____ BSNR: _____

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag für

mich:

für meinen angestellten Arzt:

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- Facharzt für Augenheilkunde bin.
- mit der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift, meiner Telefon-/Fax-Nummer auf den Internetseiten der KVWL und der vertragsschließenden und beigetretenen Krankenkassen sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnis (auch an die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster) einverstanden bin.

Ort/Datum

Unterschrift Vertragsarzt

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/
ärztlicher Leiter des MVZ

Vertragsarztstempel

