

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt
Frau Rößler
Postfach 1664
39006 Magdeburg

Fax: 0391/627-8436

Teilnahmeerklärung Arzt

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und der HEK – Hanseatischen Krankenkasse informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt,
 - ... dass meine Teilnahme freiwillig ist.
 - ... welche vertraglichen Verpflichtungen ich zu erfüllen habe.
 - ... dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung außerhalb der RLV erhalte.
3. Ich erkläre ferner, dass ich die Teilnahmeerklärung von HEK-Versicherten, die ihre Teilnahme an den o.g. Vertrag erklären, entgegennehme und sie unterschrieben unverzüglich an die HEK weiterleite.
4. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben durch die HEK und in einem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis einverstanden:
 - mein Name, Vorname, Praxistelefonnummer und meine Praxisanschrift,
 - meine Fachgruppe sowie
 - die lebenslange Arztnummer und die Betriebsstättennummer.
5. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des Teilnehmerverzeichnisses an die Vertragspartner und die teilnehmenden Patienten einverstanden.
6. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit Widerruf der Einwilligung ist eine Teilnahme am Vertrag nicht mehr möglich.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages.

Datum:

Name, Vorname und Unterschrift niedergel.
(anstellender) Arzt / Ermächtigter Arzt
(§ 24 Abs. 3 ZulassungsVO) / MVZ

Stempel Arzt / Gemeinschafts-
praxis / MVZ

Name, Vorname und Unterschrift angestellter Arzt

Stempel des angestellten Arztes