

Antrag auf Teilnahme

Anlage 2 zum Vertrag nach § 140a SGB V „Augenvorsorgeuntersuchung“

KNAPPSCHAFT

Fachteam Abrechnung für Knappschaftsärzte

Knappschaftstr. 1

44799 Bochum

Faxnummer: 0234/304-19395

Wichtig:

Bei der Teilnahme von Ärzten in einer BAG muss jeder Arzt eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln. Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) zu stellen.

BSNR: _____

1. Teilnahmeerklärung

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden 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 über die besondere ärztliche Versorgung von Kindern „Augenvorsorgeuntersuchung“ an.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) alle teilnahmeberechtigten Mitglieder der BAG an dieser Vereinbarung teilnehmen müssen
- die Einschreibung für den Versicherten in den Vertrag einmalig ist und für alle an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte gilt.

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- mit der Weitergabe meines Namens, Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und Internetadresse im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses an interessierte Versicherte der KNAPPSCHAFT einverstanden bin.

Ort/Datum

Unterschrift des/der Knappschaftsarztes/
Knappschaftsärztin

(Vertragsarztstempel)