

## Antrag auf Teilnahme

**KNAPPSCHAFT**  
**Fachteam Abrechnung für**  
**Knappschaftsärzte**  
**Knappschaftstr. 1**  
**44799 Bochum**

**Fax: 0234 304 – 19395**

**Wichtig:**

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen.

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

- durchschnittlich mind. 30 Patienten (GKV) mit Diabetes mellitus pro Quartal betreue.
- 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 Antragstellers

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

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel

