

Antrag auf Teilnahme

KNAPPSCHAFT
Dezernat VIII.2.4 Wasserstr. 215
44799 Bochum

Fax: 0234 304 – 87268

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

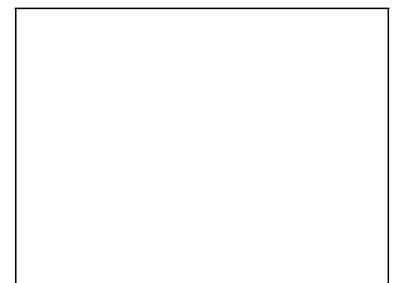
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- 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