

Teilnahmeerklärung Ärztin/Arzt

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz
Regionalzentrum Trier
Balduinstraße 10 - 14
54290 Trier

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jede Ärztin/jeder Arzt der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Erklärung an die KV RLP senden!

oder Telefax: 06131 326-327

Hiermit erkläre ich,

Name _____, Vorname _____,

LANR _____,

meine Teilnahme an dem Vertrag „Gesundheit PLUS“ – eine besondere ambulante ärztliche Versorgung für Versicherte mit Übergewicht und Adipositas – zwischen der KV RLP und dem BKK Landesverband Mitte auf der Grundlage des § 140a SGB V.

- Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages sowie über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert und werde die Regelungen gegen mich gelten lassen.
- Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und den Angaben zu meiner Praxis gemäß Anlage 4 auf einer Teilnehmerliste einverstanden.
- Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1 und 2 des oben genannten Vertrages als teilnehmende Ärztin/teilnehmender Arzt erfülle.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahme jeweils mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV RLP kündigen kann.
- Mir ist bekannt, dass ich die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages von mir geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend machen darf. Die erbrachten Leistungen werden über die KV RLP abgerechnet.

Datum

Unterschrift / Stempel **der ausführenden Ärztin/des Arztes**

Datum

Unterschrift / Stempel des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle
**(anstellende Vertragsärztin/anstellender Vertragsarzt/
BAG / MVZ / Einrichtung)**