Anlage 4

zum Vertrag vom 18. März 2015 gemäß § 73 a SGB V zur Erkennung und Betreuung von Patienten mit einer depressiven Erkrankung zwischen der KV RLP und dem BKK-Landesverband Mitte, Stand: 1. Januar 2023

Teilnahmeerklärung Ärzte

Bitte zurücksenden an:

KV RLP

Postfach 2567
55015 Mainz

oder Telefax: 06131 326-327

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

Hiermit erkläre ich,

Name_____Vorname_____LANR_____,

meine Teilnahme an dem oben genannten Vertrag.
Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages informiert. Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen des Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle. Ich bin

- ❑ Hausarzt oder Facharzt für _____und nehme an der **Versorgungsebene I** teil.

oder

- ❑ Facharzt für Psychiatrie (und Psychotherapie), Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Neurologie beziehungsweise Nervenheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Facharzt mit der Genehmigung nach § 5 Absätze 1 – 3 der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä), psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und nehme an der **Versorgungsebene II** teil.

Ich werde die Regelungen des Vertrages gegen mich gelten lassen und insbesondere die Vorgaben der §§ 1 und 6 bis 8 beachten. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend gemacht werden dürfen. Die erbrachten Leistungen werden über die KV RLP abgerechnet.

Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert. Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Kontaktdaten auf der Website der KV RLP bin ich einverstanden.

Achtung – nur für Mitglieder von Ärztenetzen!

Ich bin Mitglied des Ärztenetzes _____

Für den Fall, dass mein Ärztenetz die Teilnahme an vorgenanntem Vertrag erklärt oder wirksam erklärt hat, werden die Leistungen des Ärztenetzes nach diesem Vertrag (§ 4 Abs. 4) von mir durch Ansetzen der Abrechnungsnummern 98682 und/oder 98684 im Rahmen der Abrechnung gegenüber der KV RLP geltend gemacht. Die Auszahlung der Vergütung für diese Ziffern erfolgt von der KV RLP direkt gegenüber dem Ärztenetz.

_____ _____
Datum Unterschrift / Stempel des **ausführenden Arztes**

_____ _____
Datum Unterschrift / Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle
(**anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut**)