

Teilnahmeerklärung Ärztin/Arzt

Bitte zurücksenden an:

KV RLP

Postfach 2567
55015 Mainz

oder Telefax: 06131 326-327

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

Hiermit erkläre ich,

Name _____, Vorname _____,

LANR _____,

meine Teilnahme an dem Vertrag über die Früherkennung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen chronischer Erkrankungen.

- 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 der Daten zur Praxisanschrift auf einer Teilnehmerliste einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahme mit einer Frist von vier 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 dürfen. Die erbrachten Leistungen werden über die KV RLP abgerechnet.
- Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an der Vereinbarung ausgeschlossen und die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.

Datum

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

Datum

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