

## Teilnahmeerklärung Ärztin / Arzt

Bitte zurücksenden an:

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

Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jede/jeder Ärztin/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 über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des **Diabetes mellitus**.
- meine Teilnahme an dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der **Hypertonie**.
- Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages/der Verträge 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.
  - Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß § 3 des/der oben genannten Vertrages/Verträge als teilnehmende/teilnehmender Ärztin/Arzt erfülle.
  - Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahme jeweils 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/der Vertrages/Verträge 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/den Vereinbarung/Vereinbarungen 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**)