

Anlage 3

zum Vertrag vom 1. Januar 2025 über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der BARMER und der KV RLP

Teilnahmeerklärung Ärztin und Arzt

Bitte zurücksenden an:

KV RLP
Postfach 2567
55015 Mainz

Bei der 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 vorgenannten Vertrag.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages informiert. Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen der Vereinbarung als teilnehmende/teilnehmender Ärztin/Arzt erfülle und

Fachärztin/Facharzt für Haut- oder Geschlechtskrankheiten/Dermatologie bin.

Ich werde die Regelungen des Vertrages gegen mich gelten lassen. 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 Übersendung meiner Kontaktdaten sowie LANR und BSNR an die BARMER als teilnehmende/teilnehmender Ärztin/Arzt bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift / Stempel der/des ausführenden
Ärztin/Arztes

Datum

Unterschrift / Stempel der/des
Vertragsärztin/Vertragsarztes bzw. der
abrechnenden Stelle
(anstellenden/anstellender
Vertragsärztin/Vertragsarzt, MVZ, Institut)