

### Anlage 3

**FORMULAR** zum Vertrag zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens nach § 140a SGB V zwischen der HEK und der KV RLP

## Teilnahmeerklärung Ärztinnen und Ärzte

Bitte zurücksenden an:

KV RLP  
Postfach 2567  
55015 Mainz

oder Telefax: 06131 326-327

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

Hiermit erkläre ich 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 HEK 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)