

## Anlage 4

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der TK und der KV RLP

# Teilnahmeerklärung Ärztin/Arzt

Bitte zurücksenden an:

KV RLP  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jede Ärztin/jeder 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 Ärztin/teilnehmender Arzt erfülle und

Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologin/Dermatologe 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel des Vertragsarztes bzw.

der abrechnenden Stelle  
**(anstellende Vertragsärztin/anstellender Vertragsarzt/  
BAG / MVZ / Einrichtung)**