

### Anlage 3

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KNAPPSCHAFT und der KV RLP

## Teilnahmeerklärung Ärztin / Arzt

Bitte zurücksenden an:

KV RLP

Postfach 2567

55015 Mainz

**oder Telefax:** 06131 326 327

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

Fachärztin/Facharzt für Haut- oder Geschlechtskrankheiten/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 den 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 KNAPPSCHAFT als teilnehmende Ärztin / teilnehmender 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)