Anlage 6

Vertrag gemäß § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zwischen der KV Sachsen und der IKK classic

Antrag auf Teilnahme
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
BGST
Faxnummer:
Chemnitz 0371 2789-493
Dresden 0351 8828-199
Leipzig 0341 2432-101

Hinweis:
Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen.

LANR: _____ BSNR: _____

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag für

☐ mich

☐ für meinen angestellten Arzt ……..(Name)

2. Durchführung und Abrechnung der Tabakentwöhnung „Rauchfrei durchatmen“

☐ Ja

☐ Ja, durch angestellten Arzt (Name; LANR):

…….

☐ Ja, mithilfe nichtärztlichem Personal ……..(Name)

➔ *Die Nachweise des Curriculum sind beizufügen*

3. Verpflichtungserklärung

Mit Abgabe des Antrages wird bestätigt, dass:

- die vertraglichen Regelungen bekannt sind, akzeptiert und umgesetzt werden.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllt werden.
- Namen, Praxisanschrift, der Telefon- und Faxnummer auf der Internetseite der IKK classic und der KV Sachsen veröffentlicht werden können sowie eine Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses erfolgen können.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes

Vertragsarztstempel