

Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

Vertrag über die **frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie** auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Bremen und der DAK-Gesundheit
(ebenso geltend für die TK & KKH & hkk)

Hiermit erkläre ich, an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

- (1) Ich bin über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert.
- (2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß § 3 Nr. 3 des o. g. Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle.
- (3) Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der KV Bremen in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.
- (4) Mir ist bekannt, dass
 - die Teilnahme freiwillig ist und meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Bremen
 - die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Bremen mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer der Teilnehmer des Vertrages an die DAK Gesundheit und der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der KV Bremen bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel

Wichtig:

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss **jedes** Mitglied der BAG diese Teilnahmeerklärung unterschreiben!

BSNR:	LANR:	Vorname, Name	Unterschrift: