

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes
**Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher
Früherkennungsuntersuchungen (J2) mit der Knappschaft**

**Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28
28209 Bremen**

Am o. g. Vertrag für Versicherte der beteiligten Krankenkassen nehme ich teil:

persönlich

durch angestellte Ärzte

Facharzt für: _____

Nachweise liegen der KVHB vor

Nachweise habe ich beigelegt

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____
LANR

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages und der entsprechenden Anlagen zum Vertrag.

Ich werde darüber hinaus:

- Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.
- Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die Knappschaft einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Ich bin ebenfalls mit der Veröffentlichung des Arztverzeichnisses einverstanden.

Datum

Unterschrift