

## Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

Per Brief oder FAX (0421/3404-347) an

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Schwachhauser Heerstr. 26-28  
28209 Bremen

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

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 mit einer Frist von drei Monaten zum 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, die TK und die KKH sowie 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, das teilnehmen will, diese Erklärung unterschreiben!

BSNR:	LANR:	Vorname, Name	Unterschrift: