

**Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes**

**Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden  
Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der TK**

**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 TK einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Ich bin ebenfalls mit der Veröffentlichung des Arztverzeichnisses einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift