



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

Antrag auf Teilnahme

an den Verträgen „Hautkrebsvorsorgeuntersuchung“

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6
44141 Dortmund

Faxnummer: 0231/9432- 1569

E-Mail: versorgungqualitaet@kvwl.de

Wichtig:

Bei der Teilnahme von Vertragsärzten in einer BAG muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) zu stellen!

LANR:

Name:

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an den folgenden Verträgen nach § 140a SGB V über die Durchführung einer **Hautkrebsvorsorgeuntersuchung**:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alle aufgeführten Verträge - sofern mit anderen Krankenkassen inhaltsgleiche Verträge abgeschlossen werden, gilt diese Teilnahmeerklärung auch für zukünftige Verträge | <input type="checkbox"/> AOK NordWest |
| | <input type="checkbox"/> BARMER |
| | <input type="checkbox"/> BKK-Landesverband NORDWEST (für beigetretende BKKn – s. Anlage Vertrag) |
| | <input type="checkbox"/> Bosch BKK |
| | <input type="checkbox"/> BIG direkt gesund |
| | <input type="checkbox"/> HEK |
| | <input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT |
| | <input type="checkbox"/> Techniker Krankenkasse |

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllt werden.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes

Vertragsarztstempel