

Anlage 3: Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration nach §140a SGB V

VISIONET Qualitätsnetzwerk Saar GmbH
Sulzbachtalstr. 75
66280 Sulzbach
Faxnummer:
06898 4969 237

Wichtig:

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

LANR: _____ BSNR: _____

Gerätenr. OCT-Gerät: _____

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag für

mich:

für meinen angestellten Arzt:

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- mit der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift, meiner Telefon- und Faxnummer auf der Internetseite der KKH, der beigetretenen Krankenkassen und der Visyonet Qualitätsnetzwerk Saar GmbH sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel