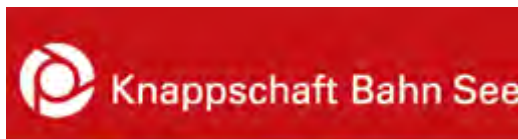




Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



**Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Anästhesisten am Vertrag
nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie
im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung
gültig ab dem 01.04.2015**

Rücksendung auch per Fax möglich:

Hauptstelle Düsseldorf:
Qualitätssicherung Fax-Nr. 0211/5970-8160

<input type="checkbox"/> Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich		<input type="checkbox"/> Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt <ul style="list-style-type: none"> • angestellt seit:: • bei: 	
Titel	Vorname	Name	
Straße/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon Nr.		Fax Nr.	
E-Mail:			
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)	
Berufsausübungsgemeinschaft mit:			
Tätigkeit im MVZ		Betriebsstätten Nr. (BSNR)	
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten (<i>Bitte Standorte angeben</i>):			

1. Fachliche Voraussetzungen

Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärzte für Anästhesie.

2. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit meine Teilnahme am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

3. Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrages über die Durchführung einer Tonsillotomie sowie etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Vertrag zu erfüllen. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein anzeigen.

4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und Praxistelefonnummer / FAX unter www.kvno.de und auf der Webseite der Knappschaft veröffentlicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Unterschrift des angestellten Arztes
bzw. des MVZ- Vertretungsberechtigten

Praxisstempel