



**Teilnahme- und Einwilligungserklärung des konservativ tätigen HNO-Facharztes  
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"> <li>• angestellt seit::</li> <li>• bei:</li> </ul>	
Titel		Vorname	
Name		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 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Mit der Abrechnung der Symbolnummern 97070E und 97070F für die zweite und dritte Nachbehandlung des erfolgten Eingriffs verpflichtet sich der konservativ tätige nachbehandelnde HNO-Arzt, einen vom HNO-Operateur in geeigneter Form (FAX oder postalisch) übermittelten Dokumentationsbogen (Anlage 5.1) in Papierform auszufüllen und unverzüglich, ebenfalls in geeigneter Form, an den HNO-Operateur zurück zu übermitteln. Die Rückübermittlung des ausgefüllten Dokumentationsbogens ist für die Abrechnung der vorgenannten Symbolnummern verpflichtende Voraussetzung.

### 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 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](http://www.kvno.de) und [www.bkk-nordwest.de](http://www.bkk-nordwest.de) veröffentlicht wird.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Vertragsarztes

---

Unterschrift des angestellten Arztes  
bzw. des MVZ- Vertretungsberechtigten

---

Praxisstempel