

**Anlage 2: Teilnahmeerklärung Vertragsärzte zum
Vertrag nach § 73 a SGB V
zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch Hepatitis C (HCV)-Infizierten
zwischen der KV Nordrhein und der AOK Rheinland/Hamburg
Rücksendung auch per Fax/E-Mail möglich:**

**Bezirksstellen Düsseldorf/Köln
Telefax: 0211/5970-33229
E-Mail: HepatitisC@kvno.de**

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten:		
E-Mail:		

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg als Arzt

- mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie
- mit der Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach § 135 (2) SGB V
- mit der Zusatzbezeichnung „Infektiologie (LÄK oder DGI)“
- mit der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung (BÄK)“

Daneben erfülle ich die in § 2 Absatz 1 des Vertrages genannten sonstigen persönlichen/sachlichen Voraussetzungen.
Ich beantrage daneben die Teilnahme als Zweitmeinung im Zweitmeinungsverfahren ja nein

Bitte entsprechende Nachweise beifügen, sofern noch nicht der KV Nordrhein vorliegend.

- Mir sind die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages bekannt und ich werde diese einhalten.
- Ich erkläre, dass ich die KV Nordrhein unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Voraussetzungen für eine Teilnahme nicht mehr erfülle.
- Ich werde darüber hinaus
 - die Teilnahmeerklärungen von Patienten quartalsweise an meine Bezirksstelle der KV Nordrhein weiterleiten,
 - die jeweils einschlägigen aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.

4. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und Internetadresse an die Krankenkasse sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an interessierte Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen einverstanden.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages.

Ort Datum

Unterschrift / Praxisstempel

Anlage 2 zum Strukturvertrag zur Erhöhung der Versorgungsqualität ab 01.11.2014 Seite 1 von 1 von chronisch Hepatitis C (HCV)-Infizierten KV Nordrhein – AOK Rheinland/Hamburg