

## Anlage 4

### Teilnahmeerklärung des Arztes zum Vertrag mit der KKH, HEK und TK über Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

Hinweis: Antragstellung auch online über das digitale Antragsmanagement im KVNO-Portal möglich.  
(Voraussetzung ist eine Registrierung im KVNO-Portal und das Vorhandensein des Tokens / 2-Faktor-Authentisierung, nähere Informationen [www.kvno.de](http://www.kvno.de))

#### Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970- 33289

E-Mail: [VorsorgePlus@kvno.de](mailto:VorsorgePlus@kvno.de)

**Wichtig:**

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen.

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
lebenslange Arzt -Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt bei:		

#### Hiermit beantrage ich die Teilnahme an dem oben genannten Vertrag.

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bestätige, dass ich die Anforderungen an diesem Vertrag erfülle und alle sich auf die Vertragsanforderungen beziehenden Änderungen der KV Nordrhein unverzüglich mitteilen werde.
4. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an die Krankenkasse sowie mit der Weitergabe des Arzt-/Psychotherapeutenverzeichnisses an interessierte Versicherte der Krankenkasse einverstanden. Gleiches gilt für weitere beitretende Krankenkassen sowie für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt /  
ärztlicher Leiter MVZ

Vertragsarztstempel