

**Teilnahmeerklärung Arzt am Vertrag  
zur Durchführung der besonderen Versorgung nach §140a SGB V  
„ComanD (Control and manage Diabetes)“**

Stärkung der Krankheitswahrnehmung und des Selbstmanagements von AOK NW-Versicherten  
mit neudiagnostiziertem Diabetes mellitus Typ II und Übergewicht in der Vertragsarztpraxis

Rücksendung an: Ärztegenossenschaft Nord eG Bahnhofstraße 1-3 23795 Bad Segeberg <b>Fax: 04551/9999-19</b>
--

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an dem Vertrag zur integrierten Versorgung nach §140a zwischen

**der AOK NORDWEST,  
der Ärztegenossenschaft Nord eG  
und Roche Diabetes Care Deutschland GmbH**

mit dem Tag der Unterschrift.

**Persönliche Angaben** (bitte in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Name (teilnehmender Arzt)	Vorname (teilnehmender Arzt)
Ansprechpartner in der Arztpraxis (Dialogpartner)	
Straße/Nr.	PLZ/Ort
BSNR	LANR
Telefon	Fax
E-Mail-Adresse 1 (für die mySugr App-Registrierung)	Optional E-Mail-Adresse 2 (für die mySugr App-Registrierung)

**Bankverbindung**

Name der Bank	Kontoinhaber
IBAN	BIC

Ich habe die Inhalte des Vertrages zur besonderen Versorgung ‚ComanD- Control and manage Diabetes‘ zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diesen entsprechend umzusetzen und keine Rechnungen hierüber gegenüber den teilnehmenden Versicherten auszustellen.

Ich erfülle die vertraglichen Teilnahmevoraussetzungen als

- Facharzt für Allgemeinmedizin  
  Facharzt für Innere Medizin (hausärztlich)  
  Diabetologische Schwerpunktpraxis  
 Kinder- und Jugendarzt

Die erhobenen Daten sind für die Durchführung und Abrechnung meiner erbrachten Leistungen notwendig. Die Teilnahme ist freiwillig, kann aber nicht ohne Einwilligung in die Verarbeitung der benötigten Daten erfolgen.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungserbringerverzeichnis
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner
- der Weiterleitung meines Namens, meiner E-Mailadresse und des Praxissitzes an die Fa. Roche Diabetes Care GmbH zur Freischaltung des Online-Portals mySugr sowie zur Kontaktaufnahme durch die Vertragspartner
- der Verarbeitung der Daten

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift Arzt