

„Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern gemäß §§140 a ff SGB V“

Titel, Name, Vorname: _____

LANR, BSNR: _____ / _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon, Telefax: _____ / _____

E-Mail: _____

Bankverbindung Kto.-Nr.: _____ BLZ: _____

Institut: _____

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern gemäß §§140 a ff SGB V.

Ich bin umfassend über die Vertragsinhalte informiert. Insbesondere die Behandlungspfade, die Kooperationsregeln und die Ziele habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Weiter verpflichte ich mich die geltenden Vorschriften des Datenschutzes zu beachten.

Ich bin mit der Aufnahme meiner oben stehenden Angaben, ausgenommen die Bankverbindung, in einem Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte“ einverstanden. Ich habe keine Einwände, dass dieses Verzeichnis sowohl der Krankenkasse als auch den teilnehmenden Versicherten zur Verfügung gestellt wird sowie auf der Homepage der BKK vor Ort, der Ärztegenossenschaft Nord eG (ÄGN) und des Lübecker Ärztenetzes (LÄN) veröffentlicht wird.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der ÄGN schriftlich zum Ende des Quartals (Erklärungsfrist ein Monat vor Ende des Quartals) erklären.

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung an die Ärztegenossenschaft Nord eG, Bahnhofstraße 1 - 3, 23795 Bad Segeberg, Fax: 04551/99 99 19