



**Beitrittserklärung des Frauenarztes / der Frauenärztin  
zur  
Integrierten Versorgung "Babyfocus"**

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V zwischen der Techniker Krankenkasse und den beteiligten Kliniken informiert worden. Die vereinbarten Versorgungsziele und -abläufe sowie Kooperationsregeln sind mir transparent geworden.

Mit dieser Beitrittserklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen der Kooperationsvereinbarung.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Kontaktdaten in einem gesonderten Verzeichnis, z.B. der Homepage der beteiligten Partner,
- der Weitergabe des Verzeichnisses an ebenfalls beigetretene Leistungserbringer (Hebammen, Frauenärzte), die teilnehmenden Versicherten und die Vertragspartner (Techniker Krankenkasse und beteiligte Kliniken) und
- der Höhe der Vergütungen

einverstanden.

Ich verfüge über ein A-Diplom zur Akupunktur.

Meine Abrechnung mit der KVSH bleibt hiervon unberührt.

Mir ist bekannt, dass eine parallele Abrechnung von Leistungen (sog. Doppelabrechnung) aus diesem Vertrag über die KVSH unzulässig ist. Ein Verstoß führt zur fristlosen Kündigung der Teilnahme an diesem Vertrag.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme am Vertrag mit Beendigung meiner Tätigkeit als Vertragsarzt endet. Meine Teilnahme kann ich jederzeit beenden. Eine Kündigung muss schriftlich 6 Wochen zum Quartalsende gegenüber der Ärztegenossenschaft Nord erfolgen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Frauenarzt /-ärztin / Stempel

<b>Titel, Name, Vorname</b>	
<b>LANR, BSNR</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>Postleitzahl, Ort:</b>	
<b>Telefon, Fax:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Bankverbindung</b>	BIC: IBAN:
	Institut:

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