

Vertrag zur besonderen Versorgung von Versicherten mit Gestationsdiabetes

Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Mail: qs@kvbb.de
Fax: 0331/2309-529

Vertragsarztstempel

Ich möchte gemäß § 2 an der Gestationsdiabetes-Vereinbarung teilnehmen

Name, Vorname, Titel, LANR

BSNR (auch mehrere)

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 2 und der Aufgaben nach § 4 erkläre ich hiermit meine Teilnahme am Vertrag. Mir ist bekannt, dass die Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt.

Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrages zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Vertrag zu erfüllen. Die geforderten Teilnahmevoraussetzungen werden von mir erfüllt. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KVBB anzeigen.

Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass

- mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift unter www.kvbb.de veröffentlicht werden kann.
- meine o.g. Adressangaben, der Beginn und das Ende der Teilnahme an diesem Vertrag den teilnehmenden Krankenkassen mitgeteilt werden.
- die im Rahmen des Vertrages gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVBB erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- eine Überprüfung der Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag durch die KVBB durchgeführt wird.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Gestationsdiabetes-Vereinbarung freiwillig ist und mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVBB gekündigt werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Ort/Datum

Ggf. Unterschrift des ärztlichen Leiters
bzw. des anstellenden Vertragsarztes