



**Anlage 2: Teilnahmeerklärung Augenärzte
zum Vertrag nach § 73 c SGB V
über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im
Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
zwischen der KV Nordrhein und der Knappschaft
Rücksendung auch per Fax möglich:**

**für Ärzte der Bezirksstelle Düsseldorf:
Qualitätssicherung Fax-Nr. 0211/5970-8574**

**für Ärzte der Bezirksstelle Köln:
Qualitätssicherung Fax-0221/7763-6550**

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten:		
E-Mail:		

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der Knappschaft

- 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.
- Ich erkläre, dass ich die KV Nordrhein unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Voraussetzungen für eine Teilnahme nicht mehr erfülle.
- Ich werde darüber hinaus
 - die Teilnahmeerklärungen der Patienten innerhalb einer Woche nach Unterzeichnung durch die/den Erziehungsberechtigte/n an die Knappschaft weiterleiten,
 - die jeweils einschlägigen aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.
- Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und Internetadresse an die Krankenkasse sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an interessierte Versicherte der Knappschaft einverstanden.

Ort Datum

Unterschrift / Praxisstempel