

**Anlage 2: Teilnahmeerklärung Arzt  
zur Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zur Resistenzvermeidung durch adäquaten  
Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein - Bezirksstelle Köln:**

KV Nordrhein

Bezirksstelle Köln

-Abteilung Qualitätssicherung-

50668 Köln

Fax: 0211 5970 33106

E-Mail: resist@kvno.de

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
lebenslange Arztnummer (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
zugelassener Facharzt <input type="checkbox"/> der an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a SGB V teilnimmt (Allgemeinmediziner, Kinder- und Jugendarzt) <input type="checkbox"/> für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <input type="checkbox"/> für Innere Medizin ohne Schwerpunkt (hausärztlicher Versorgungsbereich)		
E-Mail:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme an o. g. Vereinbarung.**

- Mir sind die Ziele und Pflichten aus der Vereinbarung einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen der Vereinbarung.
- Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen der Vereinbarung erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
- Ich erkläre mich mit der Befragung nach § 9 im Rahmen einer qualitativen Evaluation einverstanden.
- Ich erkläre, dass ich an der Online-Schulung der o.g. Vereinbarung
  - teilgenommen habe oder
  - teilnehmen werde und die Bestätigung hierüber nachreichen werde. Mir ist bekannt, dass ich erst nach Einreichen der Bestätigung über die Teilnahme an der Online-Schulung eine Abrechnungsgenehmigung erhalte, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind und das maximale Kontingent teilnehmender Ärzte gem. § 4 Abs. 1 dieser Vereinbarung nicht ausgeschöpft wurde.
- Ich bin mit der Erstellung eines Teilnahmeverzeichnisses, das Angaben über meinen Namen, meine Praxisanschrift sowie Fax, Telefonnummer und E-Mail-Adresse enthält sowie Weiterleitung dieses Teilnahmeverzeichnisses an die teilnehmenden Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung dieses Teilnahmeverzeichnisses auf den Internetseiten der teilnehmenden Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Homepage der KV Nordrhein.

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift