

**Anlage 2: Teilnahmeerklärung Vertragsärzte
zum Vertrag nach § 73 a SGB V
über die wirtschaftliche Versorgung mit Blutzuckertestgeräten und Blutzuckerteststreifen
zwischen der KV Nordrhein und der AOK Rheinland/Hamburg
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. (LAN)		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 AOK Rheinland/Hamburg als

- Diabetologisch tätiger Hausarzt oder
- Diabetologe (DDG) oder
- Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkte Endokrinologie und Diabetologie bzw.
- Facharzt für Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit Zusatzweiterbildung Diabetologie

mit der Anerkennung zum Führen einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP).

Bitte entsprechende Nachweise beifügen, sofern noch nicht der KV Nordrhein vorliegend.

- Mir sind die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages bekannt und ich werde diese einhalten.
- 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 von Patienten quartalsweise an meine Bezirksstelle der KV Nordrhein 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 teilnehmenden Krankenkassen einverstanden.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages.

Ort Datum

Unterschrift / Praxisstempel