

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
 Frau Hahne
 Doctor-Eisenbart-Ring 2
 39120 Magdeburg
 per Fax: 0391 627 8436



**Teilnahmeerklärung
 als Hausärzte oder
 Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin**

Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen zwischen der AOK Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Antragsteller

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> MVZ |

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

Ich erkläre die Teilnahme an oben genannter Vereinbarung und erfülle folgende Voraussetzungen:

- Ich bin als Hausarzt tätig.**
 - Ich beabsichtige die Erbringung der Vorsorgeuntersuchung J 2.
 - Ich beabsichtige zusätzlich die Erbringung der Vorsorgeuntersuchungen U 10 und U 11 und habe mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale erbracht. Meine Abrechnungsdaten liegen der KVSA vor.
- Ich bin als Facharzt für tätig und verfüge über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin.**
 - Der Nachweis über die abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin liegt der KVSA bereits vor.
 - Der Nachweis über die abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin ist als Anlage beigefügt.

Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben auf der Homepage der KVSA einverstanden:

- mein Name, Vorname, Praxistelefonnummer und meine Praxisanschrift sowie
- meine Fachgruppe.

Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des oben genannten Teilnehmerverzeichnisses an die Vertragspartner sowie die berechtigte und unbedingt notwendige Weitergabe an die Versicherten der Krankenkasse einverstanden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung.

 Ort, Datum

 Unterschrift/Stempel