

**Anlage 1 – Teilnahmeerklärung des Frauenarztes**

Kassenärztliche Vereinigung  
Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

Praxisstempel

**Fax-Nr. 0391 627-8436**

**Teilnahmeerklärung des Frauenarztes zum  
Vertrag nach § 140a Abs. 1 SGB V****über die besondere ambulante ärztliche Versorgung  
von Schwangeren**

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am oben genannten Vertrag und mache dazu folgende Angaben:

Name, Vorname	
Facharzt für	
LANR	
<b>Hauptbetriebsstätte</b>	
BSNR	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail / Homepage <i>(optional)</i>	

---

## Anlage 1 – Teilnahmeerklärung des Frauenarztes

---

Ich erfülle die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag Willkommen Baby! und verpflichte mich, die Vertragsinhalte entsprechend umzusetzen.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner folgenden personenbezogenen Angaben durch die DAK-Gesundheit in einem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis:
  - mein Name, Vorname, Praxistelefonnummer und Praxisanschrift
  - meiner Fachgruppe
  - der lebenslangen Arztnummer und der Betriebsstättennummer
  
- der Veröffentlichung meiner Praxisdaten (Name, Anschrift, Telefon, Telefax und optional der E-Mail-Adresse und Praxis-Website (URL) auf der Homepage der DAK-Gesundheit ([www.dak.de/dakspezialistennetzwerk](http://www.dak.de/dakspezialistennetzwerk)).

Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des Teilnehmerverzeichnisses an die Vertragspartner und die teilnehmenden Patienten einverstanden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit Widerruf der Einwilligung ist eine Teilnahme am Vertrag nicht mehr möglich.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift