

## Anlage 2

zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und dem BKK Landesverband Mitte

Kassenärztliche Vereinigung  
Sachsen-Anhalt  
Frau Anke Rößler  
Postfach 1664  
39006 Magdeburg

Tel: 0391/ 627-6448  
Fax: 0391/ 627-8436  
E-Mail: anke.roessler@kvs.a.de

### Teilnahmeerklärung Arzt

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages nach § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und dem BKK Landesverband Mitte informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt,
  - ... dass meine Teilnahme freiwillig ist.
  - ... welche vertraglichen Verpflichtungen ich zu erfüllen habe.
  - ... dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung außerhalb der RLV erhalte.
  - ... dass die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der KVSA 4 Wochen zum Ende des Quartals zu erfolgen hat.
3. Ich stimme der Veröffentlichung folgender Angaben als Vertragsteilnehmer im Internet zu:
  - Titel, Name, Vorname des Arztes
  - Anschrift der Praxis
4. Ich erkläre ferner, dass ich die Teilnahmeerklärung der Versicherten der Betriebskrankenkassen, die Mitglied der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft sind und diesem Vertrag nicht widersprochen haben und ihre Teilnahme am o.g. Vertrag erklären, entgegennehme und sie unterschrieben unverzüglich per Fax an die zuständige BKK weiterleite.
5. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben auf der Homepage der KVSA einverstanden:
  - mein Name, Vorname, Praxistelefonnummer und meine Praxisanschrift sowie
  - meine Fachgruppe.
6. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des oben genannten Teilnehmerverzeichnisses an die Vertragspartner sowie die berechnete und unbedingt notwendige Weitergabe an die Versicherten der Krankenkasse einverstanden.
7. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes