

**Anhang 1** zur Anlage 7 „Teilnahme von Kindern und Jugendlichen“ zum „Vertrag zwischen der IKK gesund plus und dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e. V. unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (Hausarztvertrag)“ vom 24.06.2009

---

Absender mit Arztnummer

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Koordinierungsstelle für das Hausarztprogramm  
Postfach 1664  
39006 Magdeburg

**Fax: (0391) 627 – 87 6348**

**Teilnahmeerklärung des Kinderarztes zur Kinderarztzentrierten Versorgung  
zwischen der IKK gesund plus und  
dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt  
unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt**

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o.g. Vertrages informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt,
  - dass meine Teilnahme freiwillig ist.
  - dass über meine Teilnahme die jeweiligen Vertragspartner entscheidet.
  - welche Teilnahmevoraussetzungen ich erfüllen muss.
  - welche vertraglichen Verpflichtungen ich als Kinderarzt zu erfüllen habe.
  - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte.
  - dass ich die besonderen Qualitätsanforderungen zu erfüllen und die Nachweise gegenüber der KVSA zu erbringen habe.
  - dass ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme an den o.g. Hausarztverträgen ausgeschlossen werden kann.
3. Ich erkläre ferner, dass ich die Teilnahmeerklärung von Patienten, die ihre Teilnahme an dem o.g. Vertrag erklären, entgegennehme und sie unterschrieben unverzüglich an die Krankenkasse weiterleite.
4. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben in dem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis einverstanden:
  - meines Namens, Vornamens und meiner Praxisanschrift,
  - meiner Fachgruppe sowie
  - der lebenslangen Arztnummer und der Betriebsstättennummer.Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des Teilnehmerzeichnisses an 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.
5. Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des o.g. Vertrages auch soweit sie unter 2.-4. nicht gesondert genannt sind.

Datum:

---

Name, Vorname und Unterschrift niedergel. (anstellender) Arzt /  
Ermächtigter Arzt (§ 24 Abs. 3 ZulassungsVO) / MVZ

---

Stempel Arzt / Gemeinschafts-  
praxis / MVZ

Datum:

---

Name, Vorname und Unterschrift angestellter Arzt

---

Stempel des angestellten Arztes

**Wichtig:** Bei der Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jedes Mitglied der Gemeinschaftspraxis eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!