
Absender mit Arztnummer

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

Fax: (0391) 627 87 6348

**Teilnahmeerklärung des Hausarztes zum Hausarztvertrag
zwischen der KV Sachsen-Anhalt und der
Betriebskrankenkasse Mobil Oil vom 01.01.2019**

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der o.g. Hausarztverträge informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt,
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist.
 - dass über meine Teilnahme die KVSA entscheidet.
 - welche Teilnahmevoraussetzungen ich erfüllen muss.
 - welche vertraglichen Verpflichtungen ich als Hausarzt 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 den o.g. Hausarztverträgen erklären, entgegennehme und innerhalb von 10 Tagen an die jeweilige Krankenkasse übermittle.
4. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben in dem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis einverstanden:
 - meines Namens und meiner Praxisanschrift,
 - meiner Fachgruppe sowie
 - der Arztnummer.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 der o.g. Hausarztverträge 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 Hausarzt

Stempel des angestellten Arztes

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