

zur Vereinbarung zur besonderen ambulanten ärztlichen Behandlung durch Naturheilverfahren und Akupunktur der AOK Sachsen-Anhalt und der KVSA

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt
Fr. Schönemeyer
Postfach 1664
39006 Magdeburg

Fax: 0391/627-8436

Teilnahmeerklärung Arzt

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Vereinbarung zur besonderen ambulanten ärztlichen Behandlung durch Naturheilverfahren und Akupunktur nach § 73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und AOK Sachsen-Anhalt 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 nach GoÄ vom Versicherten erhalte.
3. Ich biete im Rahmen dieser Vereinbarung Leistungen in folgenden Bereichen an:
 - Naturheilverfahren
 - Akupunktur außerhalb der Regelungen des EBM
4. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben durch die AOK Sachsen-Anhalt in einem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis einverstanden:
 - mein Name, Vorname, Praxistelefonnummer und meine Praxisanschrift,
 - meine Fachgruppe sowie
 - die lebenslange Arztnummer und die Betriebsstättennummer.
5. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des Teilnehmerverzeichnisses an die Vertragspartner und die teilnehmenden Patienten einverstanden.
6. 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.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen der Vereinbarung.

Datum:

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

Stempel Arzt / Gemeinschafts-
praxis / MVZ

Name, Vorname und Unterschrift angestellter Arzt

Stempel des angestellten Arztes