

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Frau Anke Rößler  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

per Fax: 0391 627- 8436

### Teilnahmeerklärung als Hausarzt

**Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der IKK gesund plus und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt**

### Angaben zur Person/ Tätigkeit

**Name:** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**Tätigkeit als/in:** \_\_\_\_\_

eigener Niederlassung

Angestellter Arzt\* in einer Arztpraxis, bei: \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt\* in einer Einrichtung/ MVZ: \_\_\_\_\_

\* Hier ist die Teilnahme durch den Praxisinhaber/das MVZ zu erklären.

Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben durch die IKK gesund plus in einem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis einverstanden:

- mein Name, Vorname, Praxistelefonnummer und meine Praxisanschrift,
- meine Fachgruppe sowie

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.

### Ich erkläre die Teilnahme an oben genanntem Vertrag und erfülle folgende Voraussetzungen:

Ich bin als Hausarzt tätig.

Ich beabsichtige die Erbringung der Überweisungsleistung im o.g. Vertrag und habe mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale erbracht. Meine Abrechnungsdaten liegen der KVSA vor.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des die Leistung erbringenden Arztes

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des anstellenden Arztes/MVZ