

Anlage 1 – Teilnahmeerklärung des Frauenarztes

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Praxisstempel

Fax-Nr. 0391 627-8436

Teilnahmeerklärung des Frauenarztes zum Vertrag nach § 140a Abs. 1 SGB V



über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am oben genannten Vertrag und mache dazu folgende Angaben:

Name, Vorname	
Facharzt für	
LANR	
Hauptbetriebsstätte	
BSNR	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail / Homepage <i>(optional)</i>	

Anlage 1 – Teilnahmeerklärung des Frauenarztes

Ich erbringe Akupunkturbehandlungen:

Ja Nein

Der dafür erforderliche Nachweis einer Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ (Grundqualifikation / A-Diplom) ist beigelegt.

Ich erfülle die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag Willkommen Baby! und verpflichte mich, die Vertragsinhalte entsprechend umzusetzen.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisadresse und Telefon-nummer im Leistungserbringerverzeichnis der KVSA,
- der Veröffentlichung meiner Praxisdaten (Name, Anschrift, Telefon, Telefax und optional der E-Mail-Adresse und Praxis-Website (URL) auf der Homepage der DAK-G (www.dak.de/dakspezialistennetzwerk).

Ort, Datum

Unterschrift