

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

per Fax: 0391 627- 8436

### Teilnahmeerklärung als Augenarzt

**Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der KNAPPSCHAFT 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 KNAPPSCHAFT in einem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis einverstanden:

- mein Name, Vorname, Praxistelefonnummer und meine Praxisanschrift,
- meine Fachgruppe sowie
- die lebenslange Arztnummer und die Betriebsstättennummer.

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.**

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

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

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

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