



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!



AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Teilnahmeerklärung

zum Vertrag „**Pflegeheim Plus Sachsen**“

nach § 73 a SGB V zwischen der AOK PLUS und der KV Sachsen vom 01.01.2013

Antragsteller/-in:

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:

(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |
|
<input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | |

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1. Teilnahme

- als Hausarzt nach § 3 des Vertrages
- als Facharzt nach § 4 Absatz 1 des Vertrages
 - Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
 - Facharzt für Neurologie
 - Facharzt für Nervenheilkunde
 - Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Facharzt für Psychiatrie
 - Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
 - Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
 - Facharzt für Psychotherapie
- als Facharzt nach § 4 Absatz 3 des Vertrages
 - Facharzt für Urologie
 - Facharzt für Dermatologie

2. Organisatorische Voraussetzungen

Meine Teilnahme gilt für folgende Pflegeeinrichtung:

- Senioren-Wohnpark Leipzig - Am Kirschberg (Leipzig)
- Alten- und Pflegeheim Marthahaus (Leipzig)
- Wohn- und Pflegeeinrichtung für Senioren - Haus Löbtau (Dresden)
- Pflegeeinrichtung Domizil am Ostplatz (Leipzig)

3. Personelle Voraussetzungen für den Hausarzt

Bildung eines Versorgungsverbundes mit mindestens einem weiteren Hausarzt:

.....
Name, Vorname, Anschrift

.....
Name, Vorname, Anschrift

4. Erklärung

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages „Pflegeheim Plus Sachsen“ informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten sind mir bekannt und ich erkenne diese vollumfänglich an.



Stempel Arztpraxis

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer(in)
(siehe Seite 1 oben)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer(in)
(sofern abweichend vom Antragsteller)