Stammdaten des Krankenhausarztes mit entsprechender Ermächtigung (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Titel | LANR | BSNR

Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift**)

PLZ | Ort

Hiermit erkläre ich im Rahmen der Teilnahme am Vertrag über die Versorgung des DFS Sachsen:

1. ☐ Zusätzlich zu den in § 11c aufgeführten Aufgaben in Verbindung mit § 5a Abs. 1 Nr. 5 erbringe ich auch die Aufgaben im Rahmen des § 11d Abs. 1 - als ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT.
   ☐ Den Nachweis der Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbkodiertem Dupplexverfahren (Abrechnungen der GOP 13300 und 33072) füge ich meiner Teilnahmeerklärung zur Vertragsteilnahme bei.

2. ☐ Zusätzlich zu den in § 11c aufgeführten Aufgaben in Verbindung mit § 5a Abs. 1 Nr. 5 erbringe ich auch die Aufgaben im Rahmen des § 11d Abs. 2 – als WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT.
   ☐ Die Nachweise entsprechend der Teilnahmevoraussetzungen nach § 5b Abs. 2 Nr. 4 füge ich meiner Teilnahmeerklärung zur Vertragsteilnahme bei.

3. ☐ Ich bestätige die enge Zusammenarbeit mit mindestens einem für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigten Orthopädie-Schuhmacher/Schuhtechniker.

4. ☐ Entsprechend § 5a Abs. 2 Nr. 7 bilde ich mit folgendem ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT einen Versorgungsverbund.
(Die Teilnahmeerklärung dieses Vertragsarztes ist meiner Teilnahmeerklärung beigefügt):

LANR | BSNR

Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift**)

PLZ | Ort

5. ☐ Entsprechend § 5a Abs. 2 Nr. 7 bilde ich mit folgendem WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT einen Versorgungsverbund.
(Die Teilnahmeerklärung dieses Vertragsarztes ist meiner Teilnahmeerklärung beigefügt):

LANR | BSNR

Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift**)

PLZ | Ort

7.

Ich bestätige dies durch meine Unterschrift.

Stempel des Krankenhauses