



**Teilnahmeerklärung für das Modul Beratung und Betreuung chronisch Kranker
(Anlage 1) des Rahmenvertrags zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in Sachsen (DAK-Gesundheit DAK-G)**

Antragsteller/-in:

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

Die Teilnahmeerklärung bezieht sich auf die

Haupt-Betriebsstätte (Haupt-BSNR):

1 Beantragte Leistung

Beantragt werden die Leistungen des Moduls Beratung und Betreuung chronisch Kranker (Anlage 1) zum Rahmenvertrag zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in Sachsen (DAK-G).

Erstantrag

Folgeantrag zur Teilnahme weiterer Ärzte (neu zugelassene oder neu angestellte Ärzte)

2 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Mit dieser Teilnahmeerklärung wird gegenüber der KV Sachsen verbindlich die Teilnahme aller genannten Ärzte in allen Betriebsstätten (BSNR) bzw. Nebenbetriebsstätten (NBSNR) am Rahmenvertrag zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in Sachsen (DAK-G) für das Modul Beratung und Betreuung chronisch Kranker (Anlage 1) erklärt.

Es wurde beachtet, dass eine Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften nur dann erfolgen kann, wenn alle Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft an diesem Modul teilnehmen. Dies betrifft auch Ärzte in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, in Praxen mit angestellten Ärzten oder in MVZ. Es wurde beachtet, dass bei Teilnahme von MVZ-Ärzten bzw. angestellten Ärzten die Unterschrift des teilnehmenden Arztes und des ärztlichen Leiters bzw. des anstellenden Arztes auf dieser Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich ist.

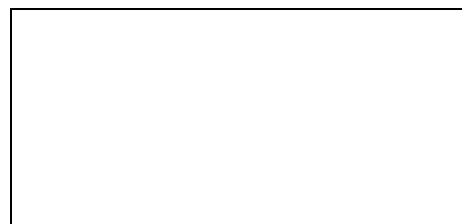
Die verpflichtende Einhaltung der Regelungen des Rahmenvertrags zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in Sachsen sowie der Anlage 1 (Modul Beratung und Betreuung chronisch Kranker) zum genannten Vertrag wird mit nachfolgenden Unterschriften bestätigt.

..... Name, Vorname (Druckschrift)	..... LANR	..... Unterschrift Arzt/Ärztin
..... Name, Vorname (Druckschrift)	..... LANR	..... Unterschrift Arzt/Ärztin
..... Name, Vorname (Druckschrift)	..... LANR	..... Unterschrift Arzt/Ärztin
..... Name, Vorname (Druckschrift)	..... LANR	..... Unterschrift Arzt/Ärztin
..... Name, Vorname (Druckschrift)	..... LANR	..... Unterschrift Arzt/Ärztin
..... Name, Vorname (Druckschrift)	..... LANR	..... Unterschrift Arzt/Ärztin
..... Name, Vorname (Druckschrift)	..... LANR	..... Unterschrift Arzt/Ärztin

(sofern die oben aufgeführten Felder zur Eintragung nicht ausreichen, bitte entsprechende Anlage(n) beifügen)

.....
Ort, Datum

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



Stempel Antragsteller(in)