



**Teilnahmeerklärung für das Modul Betreuungsstruktur (Anlage 1) des Rahmenvertrags zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung (Techniker Krankenkasse TK)**

**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 Betreuungsstruktur (Anlage 1) zum Rahmenvertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung (TK).

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 patientenorientierten medizinischen Versorgung (TK) für das Modul Betreuungsstruktur (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.

Durch nachstehende Unterschrift(en) wird bestätigt, dass zur Erhöhung der Beratungsintensität für Patienten mit ausgewählten Krankheitsgruppen gemäß Anhang 1 des Moduls Betreuungsstruktur (Anlage 1) separate Angebote, insbesondere in Gestalt eines zusätzlichen Sprechstunden-, Wartezeitenmanagements- und/oder Koordinierungsangebotes, zur Verfügung gestellt werden.

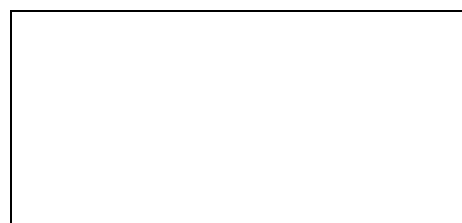
Die verpflichtende Einhaltung der Regelungen des Rahmenvertrags zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung sowie der Anlage 1 (Modul Betreuungsstruktur) zum genannten Vertrag wird mit nachfolgenden Unterschriften bestätigt.

..... 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)