



Anlage 4

Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens Teilnahme an den Verträgen

Titel, Vorname, Name: _____

BSNR/LANR: _____ / _____

Fachrichtung: Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologe
 Hausärztlich tätiger Facharzt für Allgemeinmedizin, Internist,
Praktischer Arzt oder Arzt ohne Gebietsbezeichnung

Praxisanschrift: _____

Hiermit beantrage/erkläre ich meine Teilnahme an folgenden Verträgen über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Hessen und der

Vertrag	Teilnahme berechtigt (1)	Teilnahme berechtigt (2)
Techniker Krankenkasse	✓	
BKK VAG Hessen	✓	✓
Bosch BKK	✓	✓
BARMER	✓	✓
HEK - Hanseatische Krankenkasse	✓	✓
BIG direkt gesund	✓	✓

(1) Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen

(2) Hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung

Sollten Sie an einem der Verträge nicht teilnehmen wollen, so streichen Sie diesen bitte durch.

Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen der Verträge als teilnehmender Arzt erfülle. Gleichzeitig bin ich damit einverstanden, dass die Kontaktdaten meiner Praxis, für Auskunftszwecke an die jeweilige Krankenkasse (nach vertraglicher Regelung), weitergeleitet werden dürfen.

Weiterhin ist mir bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen der Verträge abgerechnet werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend gemacht werden dürfen. Die erbrachten Leistungen werden über die KV Hessen abgerechnet.

Bitte beachten Sie weiterhin folgenden Hinweis für den Vertrag mit der BARMER:

Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.

Angestellte Ärzte in einer Praxis oder einem MVZ können teilnehmen, hier ist dann die Teilnahmeerklärung von der anstellenden Praxis (Praxisinhaber) oder vom anstellenden Medizinischen Versorgungszentrum (Geschäftsführer) zu unterschreiben.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel