



**BITTE VERGESSEN SIE NICHT,
DAS FORMULAR ZU
UNTERSCHREIBEN!**

Anzeigeformular - Vereinbarung nach § 118b SGB V, Pädiatrische Institutsambulanzen (PädIA)

Das Anzeigeformular bitte leserlich und vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen! In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen aller Geschlechter.

Persönliche Angaben weiterer Leistungserbringer

Hinweis: Gemäß § 5 Abs. 2b) der Vereinbarung nach § 118b SGB V sind die Leistungen nach § 118b SGB V in den Leistungsbereichen gemäß Anlage 1 Nr. A 1 bis A 10 jeweils nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu erbringen, die je nach ihrer Spezialisierung über die in der vertragsärztlichen Versorgung erforderliche abgeschlossene Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung verfügen (Facharztstatus). Leistungen nach § 118b SGB V in dem Leistungsbereich gemäß Anlage 1 Nr. A 11 sind jeweils nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendchirurgie zu erbringen (Facharztstatus). Fachärzte in Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildungen können nach den Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung einbezogen werden.

Titel		
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/>	männlich
	<input type="checkbox"/>	weiblich
	<input type="checkbox"/>	Divers
Im Arztregister der KV Hessen eingetragen	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	nein
KHANR (Krankenhausarzt-nummer)		
Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde (einschließlich Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung):		
<hr/>		



Tätigkeitsbeginn in der PädiA (Datum)	
Name des Krankenhauses	
BSNR der PädiA	
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass	
<p>mir die Inhalte, Ziele und Bestimmungen der Vereinbarung nach § 118b SGB V Pädiatrische Institutsambulanzen und die Verpflichtungen, die sich für mich durch die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ergeben, bekannt sind und ich diese für mich als rechtsverbindlich anerkenne.</p> <p>Es wird versichert, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, werden diese umgehend schriftlich mitgeteilt.</p>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der ärztlichen Leitung
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Leistungserbringers