

„Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in der Region Rhein-Main nach §73a SGB V – Behandlungspfad akuter Rückenschmerz“

Titel, Name, Vorname: _____

LANR, BSNR: _____ / _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon, Telefax: _____ / _____

E-Mail: _____

Bankverbindung Kto.-Nr.: _____ BLZ: _____

Institut: _____

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in der Region Rhein Main gemäß §73a SGB V – Behandlungspfad akuter Rückenschmerz.

Ich bin umfassend über die Vertragsinhalte informiert. Insbesondere den Behandlungspfad, die Kooperationsregeln und die Ziele habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Weiter verpflichte ich mich die geltenden Vorschriften des Datenschutzes zu beachten.

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben stehenden Angaben (ausgenommen die Bankverbindung) in einem Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte“ geführt werden und sowohl der Krankenkasse als auch den teilnehmenden Versicherten zur Verfügung gestellt sowie auf der Homepage der VIActiv Krankenkasse und des Ärztenetzes Rhein-Main veröffentlicht werden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen schriftlich zum Ende des Quartals (Erklärungsfrist ein Monat vor Ende des Quartals) erklären.

Bitte durch ankreuzen bestätigen

- Die erforderlichen vertraglichen und fachlichen Schulungen zur Erfüllung der medizinischen Anforderungen sowie der Vertragsinhalte wurden durch den Förderverein Ärztenetz Rhein-Main e.V. „Ärzte mit Zukunft“ durchgeführt. Bescheinigung des Fördervereins über die Teilnahme füge ich bei.

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, Fax: 069 24741-68805