

## Anlage 1 – Teilnahmeerklärung des Frauenarztes

Kassenärztliche Vereinigung  
Team Mitgliederservice Sonderverträge  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

Praxisstempel

Fax 069 24741-68805

### Teilnahmeerklärung des Frauenarztes zum Vertrag nach § 140a Abs. 1 SGB V



### über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am oben genannten Vertrag und mache dazu folgende Angaben:

Name, Vorname	
Facharzt für	
LANR	
<b>Hauptbetriebsstätte</b>	
BSNR	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail / Homepage (optional)	

---

**Anlage 1 – Teilnahmeerklärung des Frauenarztes**

---

Ich erfülle die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag Willkommen Baby! und verpflichte mich, die Vertragsinhalte entsprechend umzusetzen.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisadresse und Telefonnummer im Leistungserbringerverzeichnis der KV,
- der Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der KV (Arztuche) und
- der Veröffentlichung meiner Praxisdaten (Name, Anschrift, Telefon, Telefax und optional der E-Mail-Adresse und Praxis-Website (URL) auf der Homepage der DAK-G ([www.dak.de/dakspezialistennetzwerk](http://www.dak.de/dakspezialistennetzwerk)).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des teilnehmenden /  
anstellenden Arztes / Geschäftsführers  
des anstellenden MVZ