

**Anlage 1 Teilnahmeerklärung Vertragsärzte zum Vertrag:  
- Modellhafte Erprobung von quantitativen CRP-Tests am Point-of-Care -  
Rücksendung auch per Fax möglich: Fax-Nr. 040/22802-420**



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Postfach 76 06 20  
20056 Hamburg

Praxisstempel
---------------

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft		<input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Ermächtigung
E-Mail:		
<b>Freiwillige Angabe: Geburtsjahr:</b>		<b>Geschlecht:</b>
Bezeichnung der Betriebsstätte: .....		

Ich beantrage als  
 Hausarzt     Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde     Pädiater die Teilnahme am o. g. Vertrag.

In Kenntnis der Vertragsinhalte erkläre ich:  
 die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen vollständig zu erfüllen.  
 Das Zertifikat über die Teilnahme an der Schulung ist beigelegt.

**Verpflichtungserklärung**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze,
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfülle,
- mit der Weitergabe meiner hiermit erhobenen Daten in einem Teilnehmerverzeichnis durch die KV Hamburg an die Krankenkassen einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller/in**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Arbeitgeber**  
sofern abweichend vom Antragssteller