

## Anhang 1

zum Vertrag „Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation  
„Vitamin K-Antagonisten Therapie“ zwischen der KVH und dem BKK-LV NW

# Teilnahmeerklärung des Arztes

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg  
FAX-Nr.: 040/22802-420

**zum Vertrag „Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen  
Antikoagulation „Vitamin K-Antagonisten Therapie“  
zwischen der KVH und dem BKK-LV NW**

<b>BSNR:</b> _____ (Betriebsstättennummer)	<b>Email-Adresse:</b> _____
<b>LANR:</b> _____ (lebenslange Arztnummer)	
<input type="checkbox"/> Ich bin <i>in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis</i> niedergelassener Arzt (nicht Zutreffendes bitte streichen)	
<input type="checkbox"/> Ich bin <i>im MVZ / bei einem Vertragsarzt</i> angestellter Arzt (nicht Zutreffendes bitte streichen)	
_____ Name des anstellenden Arztes / ärztlichen Leiters / Geschäftsführers	
<b>Angestellte Ärzte benötigen zur Teilnahme am Vertrag die Genehmigung durch den anstellenden Arzt oder die Geschäftsführung.</b>	

Hiermit erkläre ich die Teilnahme am Vertrag „Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation „Vitamin K-Antagonisten Therapie“ zwischen der KVH und dem BKK-LV NW.

Die Inhalte der Vereinbarung habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu erfüllen. Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Vertragsumsetzung auf der Homepage der KVH sowie der jeweiligen BKK bin ich einverstanden.

Datum	Unterschrift	Stempel Arzt
-------	--------------	--------------

**Zusätzlich bei angestellten Ärzten:** \_\_\_\_\_  
Unterschrift anstellender Arzt / ärztlicher Leiter / Geschäftsführer