

**Anlage 1: Teilnahmeerklärung Vertragsärzte
zum Vertrag nach § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V
zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Versicherten mit entzündlich
rheumatischen Erkrankungen
zwischen der KVH und der BARMER**

Rücksendung auch per Fax möglich:

Fax-Nr. 040/22802420

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten:		
Facharztbezeichnung:		
E-Mail:		

Die Antragstellung erfolgt für eine(n) Angestellte(n)	
Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

1. Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der BARMER

In Kenntnis der Vertragsinhalte erkläre ich:

- Die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 vollständig zu erfüllen
- Ich trete den in Anlage 2 zum Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Versicherten mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen gemäß § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V genannten Rabattverträgen der BARMER bei. Durch die Teilnahme an diesem Vertrag und den Beitritt zu den in Anlage 2 genannten Rabattverträgen werden die Verordnungen über die Arzneimittel der Rabattverträge gemäß Anlage 2 für alle Rheuma-Patienten der BARMER aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgenommen.

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- Die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- Alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werden.
- Ich bin mit der Weitergabe der in § 5 des Vertrages genannten Daten im Teilnehmerverzeichnis (Anlage 3) durch die KV Hamburg an die BARMER einverstanden.

Datum

Unterschrift **Antragsteller/in**

Datum

Unterschrift **Angestellte/r**