

Beitrittserklärung Vertragsärzte

Name, Vorname:

Anschrift:

Tel.: Fax:

E-Mail: Lebenslange Arztnummer:

Betriebsstättennummer:

Versorgungsebene 1

Versorgungsebene 2

Hiermit trete ich dem Vertrag zur Integrierten Versorgung zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Kindern mit Asthma bronchiale und chronisch-rezidivierender obstruktiver Bronchitis gemäß § 140 b SGB V bei.

Alle vertraglichen Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Datum

Unterschrift und Stempel

Bitte schicken Sie die unterschriebene Beitrittserklärung an:

**AOK Rheinland/Hamburg
Geschäftsbereich Integrierte Versorgung/DMP/HzV (GB I.7)
Versorgungsmodell Kinder mit Asthma bronchiale
und chronisch-rezidivierender obstruktiver Bronchitis Hamburg
Kasernenstr. 61
40213 Düsseldorf**

Anlage 5 a - Vertrag zur Integrierten Versorgung zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Kindern mit Asthma bronchiale und chronisch-rezidivierender obstruktiver Bronchitis