



**Teilnahmeerklärung Vertragsärzte  
zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung  
von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom in Hamburg**

Rücksendung auch per Fax möglich.

Fax-Nr.: 040 / 22 80 2 - 420

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:		
E-Mail:		

**Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg als**

Gebietsbezeichnung/Fachkunde
Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung

Ich erfülle die in § 5 des Vertrages genannten Voraussetzungen für Diabetologen oder Chirurgen

vollständig  noch nicht vollständig  (Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei)

*Anmerkung: Eine Teilnahme von Chirurgen ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 2 b bereits bei Antragstellung erfüllt werden.*

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages mit seinen Anlagen bekannt und ich werde diese einhalten.
2. Ich erkläre, dass ich die KV Hamburg unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
3. Ich werde darüber hinaus
  - als Diabetologe die Teilnahmeerklärungen von Patienten innerhalb der Frist an die KV Hamburg weiterleiten,
  - die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.
4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe der Betriebsstättennummer, der lebenslangen Arztnummer, der Arztstammdaten (Titel, Name, Vorname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) mit Aufführung des Beginns- und des Ende der Teilnahme an die AOK Rheinland/Hamburg einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der im Vertrag genannten Listen im Internet.
5. Die KV Hamburg ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskostenbeiträge nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages.

Ort/Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel