

Beitrittserklärung Vertragsärzte

Name, Vorname: _____ ,

Anschrift:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail:

Lebenslange Arztnummer:

Betriebsstättennummer:

Versorgungsebene I*

Versorgungsebene II A*

FA für Kinder- und Jugendmedizin* FA für Haut und Geschlechtskrankheiten*

Zusatzweiterbildung Allergologie vorhanden

Trainerzertifikat der AGNES liegt vor (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

Hiermit trete ich dem Vertrag zur Integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis in Hamburg gemäß § 140 b SGB V bei. Alle vertraglichen Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Datum

Unterschrift und Stempel

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte schicken Sie die unterschriebene Beitrittserklärung an:

**AOK Rheinland/Hamburg
Geschäftsbereich Ärzte/Zahnärzte (GB I.4)
[Versorgungsmodell "Neurodermitis bei Kindern und Jugendlichen"]
Kasernenstr. 61
40213 Düsseldorf**