

**Teilnahmeerklärung des Arztes**  
**zu den Verträgen über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung**  
**chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) nach § 140 a SGB V**  
 mit  der IKK classic und  dem BKK Landesverband NW (teilnehmende BKKen)

Sofern mit anderen Krankenkassen inhaltsgleiche Verträge abgeschlossen werden, gilt  
diese Teilnahmeerklärung auch für zukünftige Verträge

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
 Qualitätssicherung  
 40182 Düsseldorf  
**Telefax: (0211) 5970-33216**  
**E-Mail: [copd\\_vertrag@kvno.de](mailto:copd_vertrag@kvno.de)**

**Wichtig:**

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in  
einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)  
muss jeder Vertragsarzt eine eigene  
Teilnahmeerklärung einreichen.

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort!
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
lebenslange Arzt-/Psychotherapeuten-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt/Psychotherapeut:		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme an dem oben genannten Verträgen mit**

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bestätige, dass ich die Anforderungen (inkl. der **apparativen Voraussetzungen zur Durchführung einer Spirometrie** in meiner BSNR) an diesem Vertrag erfülle und alle sich auf die Vertragsanforderungen beziehenden Änderungen (z. B. Änderungen der apparativen und räumlichen Ausstattung) der KV Nordrhein unverzüglich mitteilen werde.
4. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an die Krankenkasse sowie mit der Weitergabe des Arzt-/Psychotherapeutenverzeichnisses an interessierte Versicherte der Krankenkasse einverstanden. Gleiches gilt für weitere beitretende Krankenkassen sowie für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.

---

 Ort, Datum

---

 Arztstempel und Unterschrift (Vertragsarzt)

---

 Ort, Datum

---

 Arztstempel und Unterschrift (anstellender Arzt / Leiter MVZ)