



**Teilnahmeantrag des Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Dermatologie
zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens
im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und der Techniker Krankenkasse (TK)**

Für Ärzte der Bezirksstelle Düsseldorf:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Düsseldorf
–Abteilung Qualitätssicherung-
40182 Düsseldorf
Fax: 0211 5970 8574

Für Ärzte der Bezirksstelle Köln:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Köln
–Abteilung Qualitätssicherung-
50668 Köln
Fax: 0221 7763 6550

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

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o.g. Vertrag.

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 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und Internetadresse an die Krankenkasse sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an interessierte Versicherte der TK einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)