

Teilnahmeerklärung Haus- und Fachärzte

„Vertrag zur besonderen Versorgung nach §140a SGB V“ zwischen dem Ärztenetz Rhein-Main und der VIACTIV Krankenkasse

Titel, Name, Vorname: _____
LANR, BSNR: _____
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Telefon, Telefax: _____
E-Mail: _____

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung nach §140a SGB V.

Ich bin umfassend über die Vertragsinhalte sowie ggf. zusätzlichen Module informiert. Insbesondere die zutreffenden Behandlungspfade, die Kooperationsregeln und die Ziele habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Weiter verpflichte ich mich, die geltenden Vorschriften des Datenschutzes zu beachten.

Ich bin damit einverstanden, dass meine obenstehenden Angaben in einem Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte“ geführt werden und sowohl der Krankenkasse als auch den teilnehmenden Versicherten sowie der KV Hessen zur Verfügung gestellt sowie auf der Homepage der VIACTIV und des Ärztenetzes Rhein-Main veröffentlicht werden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber dem Ärztenetz schriftlich zum Ende des Quartals (Erklärungsfrist ein Monat vor Ende des Quartals) erklären.

Optionale Teilnahme am VKA-Modul bzw. akuter Rückenschmerz-Modul (ggf. bitte durch Ankreuzen bestätigen):

Zusätzlich zum „Steuerungs-Modul“ sowie dem „AMTS-Modul“ bestätige ich durch ankreuzen meine Teilnahme am „VKA-Modul“. Ich bestätige, dass die erforderlichen vertraglichen und fachlichen Schulungen zur Erfüllung der medizinischen Anforderungen sowie der Vertragsinhalte durch den Förderverein Ärztenetz Rhein-Main e.V. „Ärzte mit Zukunft“ durchgeführt wurden. Die Bescheinigung über die Teilnahme füge ich bei.

Zusätzlich zum „Steuerungs-Modul“ sowie dem „AMTS-Modul“ bestätige ich durch ankreuzen meine Teilnahme am „akutem Rückenschmerz-Modul“. Ich bestätige, dass die erforderlichen vertraglichen und fachlichen Schulungen zur Erfüllung der medizinischen Anforderungen sowie der Vertragsinhalte durch den Förderverein Ärztenetz Rhein-Main e.V. „Ärzte mit Zukunft“ durchgeführt wurden. Die Bescheinigung über die Teilnahme füge ich bei.

Ort, Datum

Arztstempel, Unterschrift

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung an das Ärztenetz Rhein-Main, Schulstraße 70, 65474 Bischofsheim