

Anlage 1 – Teilnahmeerklärung des Frauenarztes

Ärztegenossenschaft Nord eG
 Bahnhofstr. 1-3
 23795 Bad Segeberg

Fax 04551/9999-19

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung des Frauenarztes zum Vertrag nach § 140a Abs. 1 SGB V



über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am oben genannten Vertrag und mache dazu folgende Angaben:

Titel, Name, Vorname	
Mitglied im BVF (X)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
LANR	
Hauptbetriebsstätte	
BSNR	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Bundesland	
E-Mail / Homepage <i>(optional)</i>	
Bankverbindung Kontoinhaber:	Institut

Anlage 1 – Teilnahmeerklärung des Frauenarztes

IBAN	
------	--

Ich erbringe Akupunkturbehandlungen:

Ja Nein

Der dafür erforderliche Nachweis einer Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ (Grundqualifikation / A-Diplom) ist beigefügt.

Ich erfülle die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag Willkommen Baby! und verpflichte mich, die Vertragsinhalte entsprechend umzusetzen.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisadresse und Telefon-nummer im Leistungserbringerverzeichnis der Ärztenossenschaft Nord eG,
- der Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Home-page der Ärztenossenschaft Nord eG und
- der Veröffentlichung meiner Praxisdaten (Name, Anschrift, Telefon, Telefax und optional der E-Mail-Adresse und Praxis-Website (URL) auf der Homepage der DAK-G (www.dak.de/dakspezialistennetzwerk).

Datum

Unterschrift / Praxisstempel