

## Anlage 2

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Vertragsärzte zum Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Hamburg und der KNAPPSCHAFT**

Hiermit erkläre ich, an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

1. Ich bin über die Ziele und den Inhalt der o. g. Vereinbarung informiert.
2. Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen der o. g. Vereinbarung als teilnehmender Arzt erfülle.
3. Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.
4. Mir ist bekannt, dass
  - die Teilnahme am Vertrag im Falle von Vertragsverstößen von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit sofortiger Wirkung widerrufen werden kann,
  - meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich widerrufen werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang des Widerrufs bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.
  - die Teilnahmeberechtigung neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft einschließt.

Mit der regelmäßigen Weitergabe einer Liste der Teilnehmer des Vertrages an die KNAPPSCHAFT und der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Vertragsarztstempel

**Die erforderlichen Nachweise sind beigelegt.**

#### **Wichtig:**

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Teilnahme- und Einwilligungserklärung übermitteln!