

## Anlage 5 – Muster-Teilnahmeerklärung Arzt

Kassenärztliche Vereinigung ...

...

### Teilnahme am Vertrag zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen - „Hallo Baby“ als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V

#### Antragsteller

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

LANR \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

Tätig als: Vertragsarzt  angestellter Arzt   
Tätig in: Einzelpraxis  Gemeinschaftspraxis  MVZ

Bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben: \_\_\_\_\_

#### Fachliche Anforderungen

- Ich bin Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
- In der Praxis/MVZ steht ein Phasenkontrastmikroskop zur Verfügung und ich habe Kenntnisse über die Nutzung.
- KV-Genehmigung für Laborleistung Toxoplasmosesuchtest liegt vor.
- KV-Genehmigung für Laborleistung Streptokokken B-Test liegt vor.
- Ich bin Facharzt/Fachärztin für Laboratoriumsmedizin.
- Ich bin Facharzt/Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.

#### Anerkennung des Vertrags

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unaufgefordert und umgehend mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt

Stempel

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher  
Leiter des MVZ