

## Teilnahmeerklärung zum Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 73c SGB V

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Niederlassung zum</b>	<b>als</b>
<b>Facharztanerkennung als</b>	<b>vom</b>
<b>E-Mail Adresse</b>	
<b>Praxisanschrift</b>	

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Vertragsärzteverzeichnis“ gem. § 5,
  - der Weitergabe des „Vertragsärzteverzeichnisses“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen und an die teilnehmenden Versicherten,
- einverstanden.

### Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

Von mir werden die folgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Absatz 3 des Vertrages erfüllt:

	Zutreffendes bitte ankreuzen
Ich nehme bereits am Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung der BIG Gesundheit teil.	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>	
Ich erkläre, dass ich zeitgleich meine Teilnahme am Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung der BIG Gesundheit beantragen werde.	<input type="checkbox"/>
Ich bestätige, dass ich mindestens 10 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten 4 Abrechnungsquartale erbracht habe.	<input type="checkbox"/>
Ich bestätige, dass ich Kenntnis von den Inhalten der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen genommen habe.	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, den genauen Vertragsinhalt zur Kenntnis genommen zu haben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

