

Kassenärztliche Vereinigung
Saarland
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken

Faxnummer: 0681 99 83 7-530

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung der Ärzte zur Vereinbarung nach § 140a SGB V



„Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelmäßig“

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an oben genannter Vereinbarung und mache dazu folgende Angaben:

Name, Vorname	
Facharzt für	
LANR	
BSNR	
Straße	
PLZ, Ort	
Tel.-Nr.	

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Vereinbarung informiert. Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen als teilnehmender Arzt erfülle und werde die Regelungen der Vereinbarung gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme ausgeschlossen und/oder die Vergütung gekürzt werden kann.

Weiter ist mir bekannt, dass o.g. Daten allen Projektpartnern über das webbasierte Teilnehmerverzeichnis zur Verfügung gestellt werden. Ich bin damit einverstanden, von der

- HTW des Saarlandes, Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft), Goebenstraße 40, 66117 Saarbrücken
- Universität des Saarlandes, Klinische Pharmazie, Campus C 2 2, 66123 Saarbrücken
- Bergischen Universität Wuppertal, Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung, Campus Freudenberg, Rainer-Gruenter-Str. 21, 42119 Wuppertal

zum Zwecke der Evaluation kontaktiert zu werden. Mit der Verarbeitung der Daten zum Zwecke der Evaluation bzw. zur Durchführung der Vereinbarung bin ich ebenfalls einverstanden. Meine Zustimmung ist jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerruflich. Ein Widerruf führt zum Ausschluss der weiteren Teilnahme an der Vereinbarung.

Datum

Unterschrift des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle
(anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)