

Anschrift der Praxis

(Vor- und Zuname des Kooperierenden Arztes)

(Arztnummer)

(Straße/Hausnummer)

(Postleitzahl/Ort)

Teilnahmeerklärung der Kooperationsärzte

Hiermit erkläre ich/ wir meine/ unsere Teilnahme an der

von den Ersatzkassen des Saarlandes vertreten durch die Landesvertretung des VdAK/AEV,

und von dem Klinikum Saarbrücken gGmbH, Winterberg 1, 66119 Saarbrücken

angebotenen Integrierten Versorgung „Schlaganfall kein Schicksal“ zur sekundärpräventiven Reduzierung des Schlaganfallrisikos.

Ich/ Wir erkennen den zwischen den Ersatzkassen des Saarlandes vertreten durch die Landesvertretung des VdAK/AEV sowie dem Klinikum Saarbrücken geschlossenen Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 b SGB V einschließlich der Anlagen in der jeweils geltenden Fassung an.

Den Vertragstext mit allen Anlagen habe/ n ich/ wir erhalten. Mir/uns ist bekannt, dass der Vertrag nicht an Dritte weitergegeben werden darf. Das Einholen einer Rechtsberatung bleibt davon unbenommen.

Alle entstehenden Kosten sind mit den einzelnen Pauschalen gemäß Anlage 4 abgegolten. Findet keine Behandlung über das dort beschriebene Maß hinaus statt, versichere/n ich/wir, dass gegen die KVS nicht abgerechnet wird.

Meine/ unsere vertraglichen Pflichten sind mir/ uns bekannt.

Ort/ Datum

Unterschrift des teilnehmenden
Arztes

Vertragsarztstempel