

## Teilnahme-/Beitrittserklärung Hausarzt

- Hiermit erkläre ich meine Teilnahme als Hausarzt an der „Hausarztzentrierten Versorgung“.
- Die entsprechenden Informationen zum Vertrag und dem daraus resultierenden Betreuungskonzept habe ich erhalten.
- Ich erkläre, dass ich mit meiner Arztpraxis die Voraussetzungen zur Teilnahme an dieser Versorgungsform erfülle.
- Ich erkläre weiter, dass ich alle Rechte und Pflichten des Vertrages „Hausarztzentrierte Versorgung“ akzeptiere und verpflichte mich zur Einhaltung sowie Umsetzung.
- Mir ist bekannt, dass den Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland ein Verzeichnis zur Verfügung gestellt wird, aus dem sowohl meine Beteiligung (Beginn / Ende) an dieser Versorgungsform als auch meine Praxisanschrift und Arztgruppe ersichtlich sind.
- Ich erkläre, dass ich zulassungsrelevante Praxisänderungen unverzüglich der AOK mitteile.

### Meine Praxisdaten:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse Praxis (ggf. Arztstempel)	
IK (soweit noch nicht vorhanden, bitte beantragen unter <a href="http://www.dguv.de">www.dguv.de</a> )	
BSNR	LANR
Ich bin tätig als	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> sonstige Teilnehmer nach § 73 Abs. 1a SGB V (bitte Bezeichnung angeben)
	<input type="checkbox"/> hausärztlich tätiger Internist
	<input type="checkbox"/> hausärztlich tätiger Kinderarzt
Mitglied im Arztnetz / Verband: (bitte Bezeichnung angeben)	