

Anlage 5

zum Vertrag vom 01.10.2023 über die Früherkennung des Diabetes mellitus zwischen der WoGe und der DAK-Gesundheit – Diabetes Early Detection

Teilnahmeerklärung Arzt

Bitte zurücksenden an:

Wormser Gesundheitsnetz
Von-Steuben-Str. 17
67549 Worms

oder info@woge-worms.de

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss **jeder Arzt der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Erklärung an die WoGe senden!**

Hiermit erkläre ich,

Name _____ Vorname _____ LANR _____,

meine Teilnahme an dem vorgenannten Vertrag und lasse die Regelungen gegen mich gelten.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages sowie über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert.

Ich beauftrage die WoGe, meine Vergütung aus diesem Vertrag mit der DAK – Gesundheit abzurechnen.

Mir ist bekannt, dass ich die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages von mir geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend machen darf.

Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an der Vereinbarung ausgeschlossen und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und der Daten zur Praxisanschrift auf einer Teilnehmerliste und auf den Internetauftritt der DAK – Gesundheit einverstanden.

Datum

Unterschrift / Stempel des ausführenden Arztes

Datum

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