

BARMER**Besondere Versorgung
nach § 140a SGB V
von Versicherten der
BARMER****VKZ 121712AE016****Anlage 2 – Teilnahmeerklärung des Arztes**

Zwischen der BARMER und dem Arztnetz PNS als Managementgesellschaft (nachfolgend „Arztnetz“ genannt) ist ein Vertrag zur besonderen Versorgung geschlossen worden, der im Vorfeld dieser Erklärung in seiner gültigen Fassung von mir vollumfänglich zur Kenntnis genommen wurde. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an diesem ab dem 01.01.2022 geltenden Versorgungsvertrag. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Ausstellung der schriftlichen Teilnahmebestätigung durch PNS (ggf. nach erfolgter Zustimmung der BARMER). Mir ist bewusst, dass dieser Vertrag Veränderungen unterliegen kann. Bei Vertragsänderungen kann jeweils nach Bekanntgabe der Änderung und persönlicher Betroffenheit innerhalb von 4 Wochen die Teilnahme gekündigt werden. Bei nicht erfolgter Kündigung gilt die Teilnahme an diesem dann geänderten Vertrag weiter. Eine parallele Teilnahme am BARMER HZV-Vertrag ist ausgeschlossen.

Bitte reichen Sie diese Seite bei Ihrem Arztnetz PNS ein.

Praxisnetz Nürnberg Süd
Nibelungenstr. 19
90461 Nürnberg

Jedes Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft muss eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei einem MVZ erfolgt die Unterschrift unter der Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter für das gesamte MVZ.

(Jeder Arzt im MVZ muss mit seiner LANR und seiner BSNR beim Arztnetz gemeldet sein. Hierzu ist beim MVZ eine eigene Meldeliste abzugeben! Angestellte Ärzte in Praxen müssen ebenfalls, Ausnahme MVZ, die Vertragsteilnahme unterzeichnen. Es können außerdem nur die Praxen teilnehmen, deren BSNR hier angegeben sind.)

Nachname: _____ Vorname: _____

LANR: _____ BSNR (evtl. mehrere): _____

 Einzelpraxis in Anstellung Berufsausübungsgemeinschaft MVZ (Liste Ärzte)**Praxisanschrift/Hauptbetriebsstätte/Rechnungsanschrift:**

PLZ & Ort: _____ Telefon: _____

Straße & Haus-Nr.: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Mobiltel.: _____

Bankverbindung für die Überweisung der Vergütung (nicht für angestellte Ärzte):

BIC: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ Kto.-Inhaber: _____

Ich versichere, dass die von mir in dieser Erklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass dieser Vertrag und die von mir hier gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbefugnis im Rahmen des Vertrages sind. Ich verpflichte mich durch meine Unterschrift, Veränderungen, die für meine Teilnahme am Vertrag relevant sind, unverzüglich gegenüber PNS anzuzeigen.

Ich stimme der Veröffentlichung meines Namens, Vornamens, Anschrift der Betriebsstätte(n), Telefonnummer, E-Mail-Adresse in einem öffentlichen Verzeichnis der Leistungserbringer auf der Homepage des Arztnetzes sowie der BARMER zu.

Ort und Datum: _____

Unterschrift Vertragsarzt/
ärztlicher Leiter MVZ: _____

Stempel Arztpraxis/MVZ