

**Vertrag gemäß § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zwischen der KV Sachsen und der IKK classic**

**Antrag auf Teilnahme**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
BGST

**Faxnummer:**

Chemnitz 0371 2789-493

Dresden 0351 8828-199

Leipzig 0341 2432-101

**Hinweis:**

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen.

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

**1. Teilnahmeerklärung**

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag für

- mich
- für meinen angestellten Arzt .....(Name)

**2. Durchführung und Abrechnung der Tabakentwöhnung „Rauchfrei durchatmen“**

- Ja
- Ja, durch angestellten Arzt (Name; LANR):  
.....
- Ja, mithilfe nichtärztlichem Personal .....(Name)

➔ Die Nachweise des Curriculum sind beizufügen

**3. Verpflichtungserklärung**

Mit Abgabe des Antrages wird bestätigt, dass:

- die vertraglichen Regelungen bekannt sind, akzeptiert und umgesetzt werden.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllt werden.
- Namen, Praxisanschrift, der Telefon- und Faxnummer auf der Internetseite der IKK classic und der KV Sachsen veröffentlicht werden können sowie eine Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses erfolgen können.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes



Vertragsarztstempel