

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Anlage 4

Teilnahmeerklärung des Versicherten

zum Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V zwischen der BVKJ-Service GmbH und der GWQ ServicePlus AG

- Ersteinschreibung
- Arztwechsel

Bitte im Original senden an:

**BVKJ-Service GmbH
Mielenforster Str. 2
51069 Köln**

Ja, mein Kind nimmt / ich nehme am Vertrag zur besonderen ärztlichen Versorgung teil.

Der mit unterzeichnende Vertragsarzt wird von mir als Koordinierungsarzt gewählt. Ich erkläre, dass ich alle im Vertrag genannten Präventionsangebote/Untersuchungen durch meinen an diesem Vertrag teilnehmenden Koordinierungsarzt durchführen lasse und alle ambulanten fachärztlichen Leistungen nur auf Überweisung meines Koordinierungsarztes in Anspruch nehmen werde. Ausgenommen hiervon sind medizinische Notfälle sowie Augenärzte, Frauenärzte und Psychotherapeuten. Über die Inhalte der Leistungen dieses Vertrages bin ich umfassend informiert.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und dass ich nach Ablauf eines Jahres mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende die Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann.

Ich bin mit der Erfassung und Weitergabe meiner patientenbezogenen Daten zu Abrechnungszwecken und zur Qualitätssicherung einverstanden.

Das **Patienteninformationsblatt** über die besondere ambulante ärztliche Versorgung habe ich erhalten und gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Unterschrift des Versicherten/
des gesetzlichen Vertreters

Vertragsarztstempel