

## Teilnahmeerklärung

zu dem Vertrag gemäß §§140 a ff. SGB V zwischen der ägnw eG Ärztegenossenschaft Niedersachsen-Bremen, LKK NB und SHL - Telemedizin GmbH zur Integrierten Versorgung von akut und chronisch herzkranken Patienten“ durch Telemedizinische Dienstleistungen. Die Teilnahme ist für ägnw eG Mitglieder kostenlos.

### ACHTUNG!! Bitte an ägnw eG schicken

ägnw eG Ärztegenossenschaft  
Niedersachsen-Bremen  
Ofener Str. 7  
26121 Oldenburg

Fax: 0441 - 219 706 15

VERTRAGSARZT  
STEMPEL

In Anerkennung der sich für mich aus dem o.g. Vertrag in Verbindung mit der Einziehungsvereinbarung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen und SHL - Telemedizin GmbH mit der ägnw eG Ärztegenossenschaft Niedersachsen-Bremen ergebenden Rechte und Pflichten sowie unter Akzeptanz von Inhalt und Zielen des Vertrages beantrage ich die Teilnahme an dieser Integrierten Versorgung für:

- EBENE 1 – ambulanter hausärztlicher Vertragspartner
- EBENE 2 – ambulanter fachärztlicher Vertragspartner

Ich bin mit einer Aufnahme meiner Praxisanschrift in eine durch die Vertragsbeteiligten zu verwendende Liste als an der o.g. integrierten Versorgung teilnehmender Arzt einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Titel, Name und Vorname

\_\_\_\_\_  
Fachbereich

\_\_\_\_\_  
Adresse, dienstlich

\_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Bank

\_\_\_\_\_  
Betriebsnummer (**wichtig**)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)