

ANTRAG auf Beteiligung nach den KURARZTVETRÄGEN

Ich erkläre mich bereit, zu den Bedingungen des/der zwischen der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung** unter Mitwirkung des **Verbandes Deutscher Badeärzte e.V.**

und

- den Primärkassen** (Vertrag vom 01.10.2000 - in Kraft seit 01.07.2001)
- Bundesverband der Ortskrankenkassen - Bundesverband der Betriebskrankenkassen
 - Bundesverband der Innungskrankenkassen - Seekasse und der Bundesknappschaft
 - Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- dem Verband der Ersatzkassen** (Vertrag vom 01.01.2001 - in Kraft seit 01.07.2001)
- der Postbeamtenkrankenkasse, Stuttgart** (Vertrag vom 01.10.1983)

geschlossenen Vertrages/Verträge kurärztlich tätig zu werden, die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen sowie den Vertrag/die Verträge in der jeweils geltenden Fassung und die zur Durchführung erlassenen Bestimmungen als für mich verbindlich anzuerkennen.

Antragsteller (Arbeitgeber)	
Praxis- anschrift	PLZ, Ort Straße, Nr.
Für welchen Kurort wird die Beteiligung beantragt ?	

Die Antragstellung erfolgt für den angestellten Arzt:

Titel Vorname Familienname	
Welche Ärztekammer hat die Genehmigung zur Führung der Zusatzbezeichnung Bade- oder Kurarzt erteilt ?	mit Schreiben vom:
Ab wann soll der angestellte Arzt kurärztlich tätig werden ?	
Ist die vertragsärztliche Tätigkeit gem. Kurarztvertrag sichergestellt ?	
Genehmigung der Anstellung ab:	
Tätigkeitsbeginn:	

Datum

Antragsteller

angestellter Arzt

ANTRAG auf Anerkennung der Abrechnung von verhaltenspräventiven Maßnahmen

Antragsteller (Arbeitgeber)	
-----------------------------	--

Die Antragstellung erfolgt für den angestellten Arzt:

Titel Vorname Familienname	
----------------------------	--

Bescheinigung/en über die Fortbildungsveranstaltung/en in der Zeit

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

liegt/liegen in Fotokopie bei.

Wir bestätigen, dass die Leistungen gemäß Kurarztverträgen und Richtlinien ausgeführt werden.

Datum

Antragsteller

angestellter Arzt