

# 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
  - Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
  - Seekasse und der Bundesknappschaft
- 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.

Titel					
Vorname					
Familiename					
Geburtsdatum					
Wohnort	PLZ, Ort				
	Straße, Nr.				
Praxis- anschrift	PLZ, Ort				
	Straße, Nr.				
Für welchen Kurort wird die Beteiligung beantragt ?					

Welche Ärztekammer hat die Genehmigung zur Führung der Zusatzbezeichnung Bade- oder Kurarzt erteilt ?	mit Schreiben vom:
Ab wann möchten Sie kurärztlich tätig werden ?	
Ist die vertragsärztliche Tätigkeit gem. Kurarztvertrag sichergestellt ?	
Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit ab:	
Niederlassungsdatum	
Sind sie angestellte/r oder verbeamtete/r Ärztin/Arzt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mit wem besteht ein Vertragsverhältnis (Arbeitgeber)?	

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

**ANTRAG**  
**auf Anerkennung der Abrechnung von**  
**verhaltenspräventiven Maßnahmen**

---

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.

Ich bestätige, dass ich die Leistungen gemäß Kurarztverträgen und Richtlinien ausführen werde.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel