

# Teilnahmeerklärung für Leistungserbringer

Die Praxis (bitte KV-Stempel)

erklärt die Teilnahme am Vertrag zur **Integrierten Versorgung** zum

## open-MR

nach § 140 a SGB V,

zwischen der

**BKK Philips**

und dem

**Altonaer Kinderkrankenhaus.**

Mit der Unterschrift zur Teilnahme werden die Bedingungen des Vertrages und die vereinbarte Vergütung anerkannt.

Alle Teilnehmer fügen diese Teilnahmeerklärung der ersten Abgabe der Dokumentationsbögen an das Altonaer Kinderkrankenhaus bei.

### Bankverbindung:

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Gleichzeitig erklärt die Praxis ihr Einverständnis zur Weitergabe und Prüfung der mit dem Vertrag verbundenen Daten an die KV Hamburg und die beteiligten Krankenkassen bzw. den BKK Landesverband NORD.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift, Stempel