

<p>Anhang 2 – „ZNS-Konsil“</p> <p>Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt</p> <p>zum Rahmenvertrag der BARMER</p>	
---	--

Stammdaten des teilnehmenden Arztes		Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich):	
LANR	BSNR	<input type="checkbox"/> BSNR	<input type="checkbox"/> 1. NBSNR <input type="checkbox"/> 2. NBSNR
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Titel	Nachname	Vorname	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am „ZNS-Konsil“ – Anlage 6 zum Rahmenvertrag der BARMER und bestätige, dass ich folgende persönliche und sachliche Teilnahmevoraussetzungen erfülle:

1. Ich nehme am Rahmenvertrag teil als

anfragender Arzt

oder

Experte

- Facharzt für Nervenheilkunde
- Facharzt für Neurologie
- Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Psychiatrie

Im Rahmen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit zählen u. a. folgende Indikationen zu meinen Tätigkeitsschwerpunkten:

Kopfschmerz Multiple Sklerose Depression Demenz

2. Zur Durchführung eines ZNS-Konsils gemäß dem Rahmenvertrag nutze ich folgenden, seitens der KVT anerkannten, telemedizinischen Anbieter:

MONKS Vertriebsges. mbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München (www.zns-konsil.de)

Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

<p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des teilnehmenden Arztes</p> <p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 20px;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stempel des teilnehmenden Arztes</p> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p> </div>
--	--