




<p>Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt</p> <p>Erklärung zur Teilnahme am Telemedizinischen Expertenkonsil – „ZNS-Konsil“ (Anlage 9 zum Rahmenvertrag der DAK-Gesundheit)</p>	   <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: left;"> <p>kvt Kassenärztliche Vereinigung Thüringen</p> </div>
---	--

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

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am „ZNS-Konsil“ – Anlage 9 zum Rahmenvertrag der DAK-Gesundheit 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 (w w w .zns-konsil.de)

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

<p>Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>_____ Unterschrift des teilnehmenden Arztes</p> <p>Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>_____ Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 10px;"> <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>
--	--