

Antrag auf Mitgliedschaft im PRAXISNETZ Kiel e. V. - Ärzte und Psychotherapeuten -

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im PRAXISNETZ Kiel e. V.

- als Praxisinhaber / Ärztlicher Leiter
- als angestellt
- Fördermitglied
(Diese Mitgliedschaftsform ist ausschließlich für ehemals vertragsärztlich tätige Ärzte oder Psychotherapeuten.)
- Ich bin niedergelassene(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut / Psychotherapeutin
- in eigener Praxis
- in einer Gemeinschaftspraxis mit _____
- in einer Praxisgemeinschaft mit _____
- Ich bin angestellte(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut / Psychotherapeutin
in der Praxis von _____
- Ich bin ehemals vertragsärztlich tätige(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut / Psychotherapeutin.

Persönliche Angaben:

Titel / Vor- und Nachname: _____

Fachrichtung: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisinformationen:

Praxisanschrift: _____

Telematikinfrastruktur angebunden nicht angebunden

Telefonnr.: _____ Faxnr.: _____

E-Mail: _____

Das PRAXISNETZ Kiel e. V. verwendet Ihre E-Mail-Adresse ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken.

HINWEIS – Mitgliedschaft im geförderten Netz

Um von der 10 %-igen Restpunktwerterhöhung der KVSH zu profitieren, müssen alle niedergelassenen Ärzte / Psychotherapeuten einer Praxis Mitglied als „Praxisinhaber / ärztlicher Leiter“ und alle angestellten Ärzte / Psychotherapeuten Mitglied als „angestellt“ sein.

Folgende Voraussetzungen gelten im geförderten Netz:

- Jährlicher Mitgliedsbeitrag nach Beitragsordnung
- Anbindung an die Telematikinfrastruktur
- Teilnahme an Fallbesprechungen
- Teilnahme an netzinternen Qualitätszirkeln

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

Ort, Datum

Unterschrift / Praxisstempel

Bitte beachten Sie, dass Ihre Mitgliedschaft erst nach Rücksendung der unterschriebenen Beitrittserklärung wirksam wird. Diese und weitere Unterlagen werden Ihnen nach positiver Vorstandsabstimmung zugesandt.

Dieser Antrag kann innerhalb von 14 Tagen widerrufen werden.