

Teilnahmeerklärung Vertragsärzte

zum Kooperationsvertrag über die neue Versorgungsform DIKOM – Diagnostik und Konsil im Pflegeheim mittels Mobiler Geriatrie-Unit im Rahmen des Innovationsfonds gemäß §92a SGB V (Anlage 1).

Leistungserbringer (Name, Facharztgruppe)

Straße

Adresszusatz

PLZ/Ort

Telefonnummer

Fax-Nr.

Inhaber /Geschäftsführer

E-Mail-Adresse

LANR/BSNR

Hiermit nehme/n ich/wir an dem mir/uns ausgehändigten Kooperationsvertrag über die neue Versorgungsform DIKOM – Diagnostik und Konsil im Pflegeheim mittels Mobiler Geriatrie-Unit im Rahmen gemäß §92a SGB V der Universität des Saarlandes (UdS) vom 10.03.2026 nebst Anlagen teil. Ich/wir verpflichte/n mich/uns, die vertraglichen Bedingungen zu beachten und die vertraglich festgelegten Leistungen zu erfüllen.

Ich/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Namens und meiner/unserer Kontaktdaten in Medien einschließlich des Internets (/z.B. Homepage der KVS) und in Presseerklärungen von Seiten der UdS einverstanden.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.

Die Teilnahme beginnt zum _____

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Anlage 4 Kooperationsvertrag §92a SGB V