

**Bitte senden Sie dieses Formular an: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg**

**— oder per FAX an 06352-714108 —**



UNIVERSITÄTSmedizin.  
MAINZ



UKS  
Universitätsklinikum  
des Saarlandes



**SEAL**  
Lebervorsorge



### Teilnahme-/Beitrittserklärung Hausarzt/Facharzt

- Hiermit erkläre ich meine Teilnahme als Arzt an der besonderen Versorgung „Strukturierte Früherkennung einer asymptomatischen Leberzirrhose (SEAL)“
- Die entsprechenden Informationen zum Vertrag und dem daraus resultierenden Betreuungskonzept habe ich erhalten.
- Ich erkläre, dass ich mit meiner Arztpraxis die Voraussetzungen zur Teilnahme an dieser Versorgungsform erfülle.
- Mir ist bekannt, dass den Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland ein Verzeichnis zur Verfügung gestellt wird, aus dem sowohl meine Beteiligung (Beginn/Ende) an dieser Versorgungsform, als auch meine Praxisanschrift und Arztgruppe ersichtlich sind.
- Ich erkläre, dass ich zulassungsrelevante Praxisänderungen unverzüglich der AOK mitteile.

### Meine Praxisdaten (Alle Angaben sind Pflichtfelder):

Name, Vorname	
Geburtsdatum	E-Mail-Adresse
Adresse Praxis (ggf. Arztstempel)	
BSNR	LANR
Ich bin tätig als	
<input type="checkbox"/> Hausarzt	
<input type="checkbox"/> hausärztlich tätiger Internist	
<input type="checkbox"/> hausärztlich tätiger Kinderarzt	
<input type="checkbox"/> Facharzt (Gastroenterologe oder Internist) (bitte Bezeichnung angeben)	

Datum/Unterschrift der/des Arztes, Praxis-/Vertragsarztstempel