

## Beitrittserklärung

### Augenarzt

Name:

LANR:

BSNR:

Institutionskennzeichen:

Str. Nr.:

PLZ, Ort:

1. Hiermit trete ich nach den Bestimmungen des § 127 SGB V dem **Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Kontaktlinsen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.07.2014** (AC/TK: 13 00 025) als zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Augenarzt bei und erkenne alle im Vertrag enthaltenen Rechte und Pflichten an.
2. Der Beitritt ist erst wirksam, wenn die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V gegenüber der AOK mittels nachstehendem Erklärungsmuster nachgewiesen sind bzw. die Eignung durch Vorlage einer Bestätigung einer zur Durchführung des Präqualifizierungsverfahrens berechtigten Stelle nachgewiesen wurde und alle Vertragsvoraussetzungen erfüllt sind.
3. Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen habe ich erhalten und lasse den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich gelten. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen. Weiter erkläre ich, dass ich spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages ohne weitere Anerkennung unmittelbar gegen mich gelten lasse.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

---

Hiermit erkläre ich, dass ich als zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Augenarzt in meiner Praxis über geeignete Räumlichkeiten sowie die notwendigen sachlichen Ausstattungsgegenstände für die Kontaktlinsenanpassung und -abgabe verfüge, welche mindestens den Anforderungen der Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V (insb. Versorgungsbereich 25D) genügen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel