

---

---

# **Anlage 5**

---

---

## **5a - Beitrittserklärung Vertragsärzte**

**Integrationsvertrag  
„Koronare Herzkrankheit und Diabetes“**

**Hamburg**

**Anlage 5a**

**Beitrittserklärung für Vertragsärzte**

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Hiermit trete ich dem Integrationsvertrag „Koronare Herzkrankheit und Diabetes / Hamburg“ bei.

An der Vereinbarung entsprechenden Kooperation wirke ich aktiv mit. Alle vertraglichen Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu erfüllen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Kassenarztstempel

Zustimmungserklärung zum Beitritt weiterer Kostenträger seitens des Beirates gemäß § 140 b Abs. 5 SGB V:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Kostenträger

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Leistungserbringer