

Anlage 4: Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 (Kompressionstherapie) sowie der Produktart 02.40.01.3 (Strumpfan- und -ausziehhilfen für Kompressionsstrümpfe), gültig ab 01.03.2024 (AC/TK 11 01 J17)

Beitrittserklärung für Mitglieder des Landesapothekerverbandes Baden-Württemberg e. V.

Zur Übersendung an das jeweilige Experten-Center Hilfsmittel der zuständigen AOK-Bezirksdirektion

Wichtiger Hinweis: Für jeden Filialbetrieb ist bitte die Beitrittserklärung gesondert auszufüllen.

(Name/ggf. Rechtsform)	(Telefon/Fax)
(Straße/Hausnummer)	(E-Mail)
(Postleitzahl/Ort)	(Institutionskennzeichen)

§ 1 Erfüllung der Voraussetzungen für den Vertragsbeitritt

Das Mitglied des LAV sichert mit der Unterzeichnung zu, dass er zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts und während des gesamten Versorgungszeitraumes sowohl die vertraglichen als auch gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V erfüllt. Die hierfür gegebenenfalls noch zu erbringenden Nachweise sind dieser Beitrittserklärung beizufügen. Änderungen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Voraussetzungen sind der AOK Baden-Württemberg unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 2 Nachträgliche Änderung des Vertrages

Nachträgliche Vertragsänderungen werden für Beigetretene ohne weitere Anerkennung verbindlich.

§ 3 Kündigung des Vertrages

Wird der u. g. Vertrag gekündigt, besteht ab dem Zeitpunkt der Beendigung dieses Vertrages auch für Beigetretene kein Anspruch mehr auf die Abgabe von Hilfsmitteln nach diesem Vertrag.

§ 4 Wirksamkeit des Beitritts

Der Beitritt wird frühestens mit Zugang der Beitrittserklärung des Mitglieds des LAV wirksam. Nach erfolgter Prüfung der AOK Baden-Württemberg erhält das Verbandsmitglied eine schriftliche Beitrittsbestätigung.

Vertragstitel	Vertrag vom	AC/TK bzw. Vertragscode
Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 (Kompressionstherapie) sowie der Produktart 02.40.01.3 (Strumpfan- und -ausziehhilfen für Kompressionsstrümpfe)	01.03.2024	<input type="checkbox"/> 11 01 J17
Kompressionstherapie bei lymphatischen Erkrankungen		
Ich/wir beabsichtige(n) die Versorgung von <input type="checkbox"/> lymphatischen Erkrankungen nach diesem Vertrag durchzuführen. Die Versorgung wird ausschließlich von fachlich qualifizierten Mitarbeitenden durchgeführt, die speziell auf dieses Krankheitsbild und diese Therapie geschult wurden.	<u>Lymphatische Erkrankung:</u> <input type="checkbox"/> Zertifikat ist der Beitrittserklärung beigelegt	

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir den Leitfaden zum Vertragsbeitritt (Link: <https://www.aok.de/gp/>) zur Kenntnis genommen habe/n. Ich/Wir bin/sind umfassend über die Inhalte der Verträge informiert. Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir dem aufgeführten Vertrag beitreten möchte/n.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift/Name des LAV-Mitgliedes

