



## BEITRITTSERKLÄRUNG

zum  
Vertrag\* über die Leistungen für ambulant durchgeführte Katarakt- bzw. Glaukom-Operationen und intravitreale Injektionen gemäss KVG,  
abgeschlossen zwischen der  
Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft (SOG) und der **CSS**

Gültig ab 01.09.2018

<b>Abrechnung erfolgt über:</b>	<input type="checkbox"/> ZSR Arzt      oder <input type="checkbox"/> ZSR Institution
<b>ZSR Nummer wo operiert wird</b>	
<b>Name der Institution, wo operiert wird</b>	
<b>Adresse Institution</b>	
<b>Arzt: GLN **</b>	
<b>Arzt: Vorname/Name</b>	
<b>Arzt: Adresse</b>	<input type="checkbox"/> ZSR Arzt Nr: _____
<b>Arzt: SOG-Mitglied</b>	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied
<b>E-Mail (ZSR InhaberIn)</b>	
<b>Telefon (ZSR InhaberIn)</b>	Abrechnung: <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> TP

\* Für SOG-Mitglieder vgl. Website <http://www.sog-ssso.ch/>. Für Nicht-Mitglieder: bitte Vertrag per Email beantragen: [sog@imk.ch](mailto:sog@imk.ch)

\*\* Bei Institutionen mit mehreren angestellten Ärzten oder Belegärzten, welche über die ZSR-Nummer der Institution abrechnen: **Bitte alle einzeln auf Seite 2 aufführen und immer beide Seiten retournieren**

Der/die unterzeichnende ZSR-Inhaber/in anerkennt die Bedingungen des oben genannten Vertrags explizit. Die Angaben in diesem Formular werden als richtig erklärt. Er/sie erklärt, dass er/sie alle Änderungen, die diese Beitrittserklärung betreffen, sofort den Vertragsparteien melden wird. Er/sie hat zur Kenntnis genommen, dass der Beitritt zum Vertrag für Nicht-SOG-Mitglieder kostenpflichtig ist. Die Höhe der Beiträge ist aus der jeweils gültigen **Gebührenordnung** ersichtlich.

Beitrittserklärungen, die von der SOG bis am **01.05.2019** bestätigt werden, gelten rückwirkend auf den **01.09.2018**, **insofern nach 01.09.2018 keine TARMED-Rechnungen mehr erstellt wurden**. Danach gelten die jeweils bis zum 20. eines Monats bei der SOG eingegangenen Beitrittserklärungen ab dem 1. des darauffolgenden Monats.

Der Tarif gilt für die Behandlungen ab dem **01.09.2018** bzw. ab dem von der SOG bestätigten Beitrittsdatum.

Ort, Datum

Unterschrift ZSR Inhaber/in

.....  
**Die Beitrittserklärung ist per Post oder E-Mail an folgende Adresse zu senden:**

Verwaltungssekretariat SOG/SSO c/o **IMK** AG, Münsterberg 1, 4001 Basel, [sog@imk.ch](mailto:sog@imk.ch)

Bei Institutionen mit mehreren angestellten Ärzten oder Belegärzten, welche über die ZSR-Nummer der Institution abrechnen: **Bitte alle einzeln aufführen und immer beide Seiten retournieren**



<b>Arzt: GLN **</b>	
<b>Arzt: Vorname/Name</b>	
<b>Arzt: SOG Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

<b>Arzt: GLN **</b>	
<b>Arzt: Vorname/Name</b>	
<b>Arzt: SOG Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

<b>Arzt: GLN **</b>	
<b>Arzt: Vorname/Name</b>	
<b>Arzt: SOG Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

<b>Arzt: GLN **</b>	
<b>Arzt: Vorname/Name</b>	
<b>Arzt: SOG Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

<b>Arzt: GLN **</b>	
<b>Arzt: Vorname/Name</b>	
<b>Arzt: SOG Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

<b>Arzt: GLN **</b>	
<b>Arzt: Vorname/Name</b>	
<b>Arzt: SOG Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

<b>Arzt: GLN **</b>	
<b>Arzt: Vorname/Name</b>	
<b>Arzt: SOG Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied