

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-689
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung

zu den Verträgen nach § 140a SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11 und J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin mit der Knappschaft; in Kraft getreten am 01.04.2017 - gültig ab dem 01.07.2017

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt/in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt/in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Lebenslange Arztnummer (LANR)
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen:

U10 / U11

und/oder

J2

und nehme als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der o.g. Verträge informiert worden. Der Vertragsinhalte sind mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass meine Teilnahme am o.g. Verträgen freiwillig ist und ich die Anforderungen erfüllen muss,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass meine Teilnahme an diesen Verträgen in dem Quartal beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich bestätigt und ich dann zur Leistungserbringung nach diesen Verträgen berechtigt und verpflichtet bin,
- dass die KV Berlin quartalsweise eine Gebühr für die Tätigkeit der BVKJ Service GmbH in Höhe von 1,7% der Vergütung für die nach diesem Vertrag durch den teilnehmenden Arzt abgerechneten Leistungen einzieht und die Beträge an die BVKJ Service GmbH im Auftrag des teilnehmenden Arztes abführt und
- dass meine Teilnahme am o.g. Verträgen endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung der Verträge erfolgt
- dass ich zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses sowie der Schweigepflicht verpflichtet bin.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift des antragstellenden Arztes und ggf. des ärztlichen Leiters (bei MVZ)