

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

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

Praxisstempel

Einverständniserklärung

(Abtretung gem. § 3 Abs. 2) zur Vereinbarung zur Umsetzung der Protokollnotiz vom 01.07.2010 über den Einbehalt und die Abführung einer Sachkostenpauschale für die Dokumentationsvorlage im Rahmen der Umsetzung des Vertrages gemäß § 140a SGB V mit der Knappschaft über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11/J2)

Als Vertragsarzt für meine Einzelpraxis

Name des Arztes: _____

oder

als Vertragsärzte für unsere Berufsausübungsgemeinschaft

Namen der Ärzte: _____

oder

als ärztlicher Leiter der Einrichtung/MVZ

Name des ärztlichen Leiters: _____

Name der Einrichtung/des MVZ: _____

gebe ich/geben wir folgende Erklärung ab:

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die KV Berlin quartalsweise eine zusätzliche Gebühr für die Tätigkeit der BVKJ Service GmbH in Höhe von 1,7 % der Vergütung für die nach diesen Verträgen abgerechneten Leistungen einbehält und an die BVKJ Service GmbH in meinem/unserem Auftrage abführt.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass bei Honorarrückforderungen/-kürzungen keine Korrektur/Verrechnung der an die BVKJ Service GmbH geleisteten Gebühren in Höhe von 1,7 % erfolgt und Widersprüche gegen die Gebühren der BVKJ Service GmbH nicht gegenüber der KV Berlin möglich sind.

Die Einverständniserklärung gilt, soweit diese Leistungen vertragskonform erbracht und abgerechnet werden, für Verträge nach § 140a SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin der:

- Knappschaft für die U10/U11
- Knappschaft für die J2

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes oder des ärztlichen Leiters
(bei MVZ/Einrichtungen)