



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 467, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung

**am Vertrag nach § 115b SGB V sowie Verpflichtung zur Einhaltung der
Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über die
Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe einschließlich der
notwendigen Anästhesien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

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

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:
(bereits genehmigte OP-Standorte)

| | | | | | | | | | | | | |
|----|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | _____ | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | Anschrift, | Nebenbetriebsstättennummer | | | | | | | | | | |
| 2. | _____ | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | Anschrift, | Nebenbetriebsstättennummer | | | | | | | | | | |
| 3. | _____ | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | Anschrift, | Nebenbetriebsstättennummer | | | | | | | | | | |
| 4. | _____ | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | Anschrift, | Nebenbetriebsstättennummer | | | | | | | | | | |

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Hiermit erkläre ich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Teilnahme an dem Vertrag gemäß § 115b SGB V. Ich erfülle die Anforderungen der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung und erbringe ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe nur im Rahmen meines Fachgebietes. Über die Inhalte der Vereinbarung bin ich umfassend informiert. Insbesondere beachte ich die §§ 5, 7 und 12.

OPERATIONSSTANDORT

Ich versichere, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen gem. § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung an allen von mir genutzten Operationsstandorten erfüllt sind.

Ich versichere, dass ich weitere Orte in räumlicher Nähe zu meinem Vertragsarztsitz, an denen ich ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe erbringen möchte, unter Angabe der Aufnahme der Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin unverzüglich anzeigen werde.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß des vg. Vertrages erst nach Erklärung der Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zulässig ist. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Vertragsinhalte.



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass die Landeskommission „Qualitätssicherung Ambulantes Operieren“ Begehungen am Ort der Leistungserbringung durchführen kann.

Berlin, den

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung