

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

Zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge- Verfahrens zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der BIG direkt gesund

Name des Arztes.: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):
(ersatzweise Stempelnummer)

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

Ich bin in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis niedergelassener Arzt
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt/Vertragsarzt
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Die Antragstellung erfolgt: für mich

für den bei mir/ im MVZ/ angestellten Arzt _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) Name des angestellten Arztes)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an diesem Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens nach der Pseudonummer **99200** zwischen der KV Berlin und der BIG direkt gesund. Über die Inhalte der Vereinbarung bin ich umfassend informiert.

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß des Vertrages erst ab dem Quartal, in dem die Teilnahme gegenüber der KV Berlin erklärt wurde zulässig ist.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Vertragsinhalte. Insbesondere beachte ich, dass

- Versicherte der BIG direkt gesund Anspruch auf diese Leistung haben,
- der Anspruch alle zwei Jahre, frühestens nach Ablauf von sieben Quartalen besteht,
- die Beendigung der Teilnahme nur zum Ende eines Quartals möglich ist und gegenüber der KV Berlin schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende erklärt werden muss.

Mit der regelmäßigen Weitergabe einer Liste der Teilnehmer des Vertrages an die BIG direkt gesund bin ich einverstanden.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

| |
|-------------|
| Arztstempel |
|-------------|

Ort, Datum

Unterschrift durch den antragsstellenden Arzt und ggf. des ärztlichen Leiters