



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 466, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung
zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-
Verfahrens
mit der Knappschaft - Regionaldirektion Berlin
(gültig ab dem 01.01.2012)

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

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

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

(Name des angestellten Arztes bzw. Job-Sharers)

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 Adresse _____



Ich beantrage für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme am o.g. Vertrag. Ich besitze für mich bzw. für den angestellten Arzt

- die Genehmigung zur Abrechnung der EBM-Nr. 01745 EBM (*Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs*)

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens nach der Pseudonummer **99200** zwischen der KV Berlin und der **Knappschaft** informiert worden. Der Vertragsinhalt ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß des o.g. 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 des Umfangs des Leistungsanspruchs in § 4 des o.g. Vertrages. Insbesondere beachte ich, dass

- Versicherte der **Knappschaft** bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres einen Leistungsanspruch gemäß § 4 des o.g. Vertrages besitzen,
- 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 **Knappschaft** bin ich einverstanden.

Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu. Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

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