

Die Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Berlin:

# Vier Schritte zum Eintrag

Die Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) ist direkt mit dem Arztregister verknüpft. Darum sind die Daten so aktuell und zuverlässig wie bei keiner anderen Arzt- such- e. Das schätzen auch die Patienten: Monatlich greifen 25.000 Nutzer auf die Seite zu.

Alle Berliner Vertragsärzte und -psychotherapeuten können sich kostenfrei eintragen lassen.

**Und so geht's:**

## 1. Schritt: Das Wichtigste übernehmen wir für Sie!

Praxisrelevante Daten wie Adresse, Sprechzeiten, Fachgebiet und Zusatzbezeichnungen werden automatisch aus dem Arztregister übernommen, falls Sie dem nicht ausdrücklich widersprechen (siehe Widerspruchserklärung).

## 2. Schritt: Zehn Minuten – und Ihre Patienten sind umfassend informiert.

Über ein Freitextfeld kann in der Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche gezielt nach Schlagworten gesucht werden. Stellen Sie Ihren Patienten darum möglichst detaillierte Informationen zu Ihrer Arbeit zur Verfügung, zum Beispiel Tätigkeitsschwerpunkte, Spezialgeräte, besondere Behandlungsformen usw. ... Füllen Sie einfach den beiliegenden Fragebogen aus.

## 3. Schritt: Eine Unterschrift – viele Zusatzinformationen.

Alle Ihre genehmigungs- bzw. qualitätsgesicherten Leistungen (QS-Leistungen) werden aufgeführt, wenn Sie dem zustimmen (siehe Einwilligungserklärung).

## 4. Schritt: Per Fax oder Brief.

Schicken oder faxen Sie uns die Einwilligungserklärung für die QS-Leistungen und den ausgefüllten Fragebogen: (030) 31003-210/-380. Praxisstempel und Unterschrift nicht vergessen!

## Übrigens ...

Wenn Sie Ihre Daten später aktualisieren oder ergänzen möchten, können Sie dafür einfach unser Online-Formular nutzen. Sie finden es bei der Arzt- und Psychotherapeutensuche unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)

## Fragen oder Probleme?

Hier wird Ihnen geholfen: Unter (030) 31003-485 oder -235 erreichen Sie unsere Ansprechpartner bei allen Fragen rund um die Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Abt. Öffentlichkeitsarbeit,  
Masurenallee 6 A, 14057 Berlin, Telefon (030) 31003-379; Fax -210

*Alles, was Sie benötigen, um in die Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin aufgenommen zu werden, finden Sie beiliegend.*



per Fax: (030) 31003-210 oder -380 / E-Mail: marion.wehrand@kvberlin.de

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abt. Öffentlichkeitsarbeit  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin



**Ansprechpartnerin:**  
Marion Wehrand  
Telefon:  
030 / 31003-485/-379  
Telefax:  
030 / 31003-210/-380  
E-Mail:  
marion.wehrand@kvberlin.de

## Auskunftsbogen für die Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche www.kvberlin.de

Zuname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

KV-Abrechnungs-Nr. (Stempel-Nr.) \_\_\_\_\_

Um Verwechslungen auszuschließen:  
Tragen Sie hier bitte Ihre Abrechnungs-  
Nummer (Stempel-Nummer) ein. Die  
Nummer erscheint nicht im Internet.

### Schritt 1: Grunddaten aktualisieren

Geben Sie bitte nur die Daten an, die Sie auch im Internet veröffentlichen möchten.

#### Kontaktdaten Ihrer Praxis:

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Homepage: |http:// \_\_\_\_\_

Die Grunddaten basieren auf Ihrem  
Eintrag im Arztregister. Sie werden  
automatisch in die Online-Arztsuche  
übertragen.

Bitte überprüfen Sie regelmäßig die  
Aktualität dieser Angaben und teilen  
Sie Veränderungen dem Arztregis-  
ter mit!

#### Angaben zu Ihren Sprechzeiten:

Sprechzeiten			
Wochentag	vormittags	nachmittags	abends (ab 18 Uhr)
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

Sollten Sie Spezialsprechstunden  
anbieten, kennzeichnen Sie sie  
bitte mit \*, \*\* oder \*\*\* und tragen Sie  
die Erläuterungen in die nebenste-  
henden Zeilen ein (z. B.: \* = nur  
Vorsorgeuntersuchungen; Termin-  
vereinbarung erforderlich).

Erläuterungen zu Spezialsprechstunden	
*	
**	
***	

Weitere Angaben	
Sprechzeiten nur nach Vereinbarung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zusätzliche Sprechzeiten nach Vereinbarung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Praxisstempel



**Weitere Grunddaten**

Alle Angaben zu Fachgebieten, Fachkunden, Gebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, fakultativen Weiterbildungen, Praxisadresse, Praxisform usw. werden automatisch aus dem Arztregister in die Online-Arztsuche übertragen.

Änderungen: Wenn Sie oder – sofern die Änderung genehmigungspflichtig ist – der Zulassungsausschuss neue Daten ans Arztregister übermittelt haben, werden die Angaben in der Online-Arztsuche automatisch aktualisiert.

**Schritt 2: Zusätzliche Praxisangaben**

**Weitere Qualifikationen** (durch Ärztekammer zertifizierte Fortbildungen, z. B. Medizinökonomie, suchtmmedizinische Grundversorgung):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besondere Untersuchungsverfahren** (Gastroskopie, EEG etc.) **und Behandlungsverfahren** (Laser-Therapie, Hyposensibilisierung etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Informationen zur Vorbereitung der Patienten** auf diese Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen (Blutentnahme-Zeiten, EEG nur mit Terminvereinbarung etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medizinisch-technische Ausstattung** (Computertomograph, Ergometrie etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tätigkeitsschwerpunkte** (z. B. ADHS, Multiple Sklerose):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fachgebietsbezogene Spezialsprechstunden** (z. B. kindergynäkologische Sprechstunde):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Erreichbarkeit** außerhalb der Sprechstunde: \_\_\_\_\_

D-Arzt: ..... ja  nein

**Aktive Fremdsprachen** (Arzt- und Praxispersonal; auch Gebärdensprache):

\_\_\_\_\_

*Vermeiden Sie doppelte Angaben!  
Alle genehmigungspflichtigen  
Leistungen (QS-Leistungen) wer-  
den automatisch übernommen,  
wenn Sie dem zugestimmt haben.*

*Bitte keine Schwerpunktbe-  
zeichnungen nach der Weiter-  
bildungsordnung angeben.  
Diese (wie auch Fachgebiets- und  
Zusatzbezeichnungen) sind beim  
Arztregister nachzuweisen und  
werden dann automatisch in die  
Online-Arztsuche übertragen.*

*z. B. Mobilnummer, private E-Mail*

Praxisstempel



**Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Erreichbarkeit Ihrer Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln**

**U-Bahn** | Linie/n: \_\_\_\_\_ ▶ | Bahnhof: \_\_\_\_\_

**Tram** | Linie/n: \_\_\_\_\_ ▶ | Haltestelle: \_\_\_\_\_

**Bus** | Linie/n: \_\_\_\_\_ ▶ | Haltestelle: \_\_\_\_\_

**S-Bahn** | Linie/n: \_\_\_\_\_ ▶ | Bahnhof: \_\_\_\_\_

**Zugänglichkeit meiner Praxis für Rollstuhlfahrer**

**Die Praxis ist barrierefrei zugänglich:** ..... ja  nein

„Barrierefrei“ heißt:

- Stufenloser Eingang sowie Zugang zu Empfang, Wartezimmer und Behandlungsraum
- Türschwellen maximal 3 cm hoch
- Rampe(n) mit maximal 6 % Steigung .
- Türen: mindestens 1 Flügel von mind. 90 cm Breite

**Die Praxis ist bedingt barrierefrei zugänglich:** ..... ja  nein

„Bedingt barrierefrei“ heißt:

- Eingang sowie Zugang zu Empfang, Wartezimmer und Behandlungsraum maximal 1 Stufe
- Rampe(n) über 6 % Steigung
- Türen: mindestens 1 Flügel von mind. 70 cm Breite

**Besondere Einrichtungen für Behinderte:** ..... ja  nein

Falls ja, welche:

\_\_\_\_\_

**Praxis-Logo**

Ich will mein Praxislogo mitveröffentlichen ..... ja  nein

(Falls ja, füge ich das Logo als JPEG-Bilddatei bei bzw. übersende es per E-Mail.)

**Erklärung**

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und werde Änderungen umgehend mitteilen. Ich bin mit der Veröffentlichung der im Fragebogen erhobenen Daten in der Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Berlin einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_

Name, Vorname:

\_\_\_\_\_

Eigenhändige Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Neben den Angaben zur Erreichbarkeit Ihrer Praxis erscheinen Links zur Fahrplanauskunft der BVG und zum Stadtplandienst.

z. B. Fahrstuhl, behindertengerechtes WC, Behindertenparkplatz

Wichtig: Ohne Datum und Unterschrift dürfen wir Ihre Angaben nicht verarbeiten bzw. veröffentlichen. Denken Sie bitte auch daran, auf allen Seiten Ihren Praxisstempel abzudrucken. Vielen Dank.

Praxisstempel

\_\_\_\_\_



Ihre Einwilligung zur Veröffentlichung qualitätsgesicherter Leistungen

per Fax: (030) 31003-210 oder -380 / E-Mail: marion.wehrand@kvberlin.de

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abt. Öffentlichkeitsarbeit  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin



**Ansprechpartnerin:**

Marion Wehrand  
Telefon:  
030 / 31003-485/-379  
Telefax:  
030 / 31003-210/-380  
E-Mail:  
marion.wehrand@kvberlin.de

per Fax: (030) 31003-210 oder -380

.....

**Schritt 3: Einwilligungserklärung**  
**Veröffentlichung qualitätsgesicherter Leistungen in der**  
**Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)**

für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Ich bin mit der Darstellung meiner qualitätsgesicherten Leistungen (genehmigungspflichtigen Leistungen) in der Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Berlin

einverstanden  nicht einverstanden

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_

Name, Vorname:

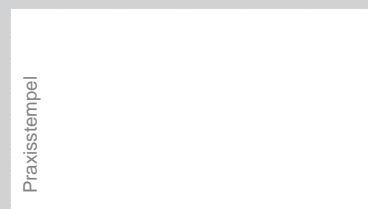
\_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

*Bitte ergänzen Sie diese  
Erklärung unbedingt  
mit Ihrem Praxisstempel.  
Vielen Dank!*

Praxisstempel





Widerspruchserklärung (bei Nichtaufnahme in die KV-Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche)

per Fax: (030) 31003-210 oder -380 / E-Mail: marion.wehrand@kvberlin.de

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abt. Öffentlichkeitsarbeit  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin



**Ansprechpartnerin:**

Marion Wehrand  
Telefon:  
030 / 31003-485/-379  
Telefax:  
030 / 31003-210/-380  
E-Mail:  
marion.wehrand@kvberlin.de

per Fax: (030) 31003-210 oder -380

.....  
**Widerspruchserklärung**

Ich bin mit einer automatischen Aufnahme meiner praxisrelevanten Daten aus dem Arztregister in die Online-Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin NICHT einverstanden.

Ort, Datum:

---

Name, Vorname:

---

Unterschrift:

---

*Bitte ergänzen Sie diese  
Erklärung unbedingt  
mit Ihrem Praxisstempel.  
Vielen Dank!*

Praxisstempel