



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 bzw. der bei mir angestellte Arzt sind an folgenden Standorten tätig:
(bereits genehmigte OP-Standorte)

1. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer
2. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer
3. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer
4. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Hiermit erkläre ich bzw. der bei mir angestellte Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Teilnahme an dem Vertrag gemäß § 115b SGB V. Ich bzw. der bei mir angestellte Arzt erfüllen die Anforderungen der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung und erbringen ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe nur im Rahmen meines Fachgebietes. Über die Inhalte der Vereinbarung bin ich bzw. der bei mir angestellte Arzt umfassend informiert.

OPERATIONSSTANDORT

Ich bzw. der bei mir angestellte Arzt versichert, dass gemäß Abschnitt B § 4 (organisatorische Voraussetzungen sowie Notfälle in der Praxis), § 5 (hygienische Voraussetzungen) und § 6 (bauliche, apparativ-technische Voraussetzungen) der Qualitätssicherungsvereinbarung an allen von mir genutzten Operationsstandorten erfüllt sind.

Des weiteren versichere ich bzw. der bei mir angestellte Arzt, dass an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz, an denen ich bzw. der bei mir angestellte Arzt ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe erbringen möchte, unter Angabe der Aufnahme der Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin unverzüglich anzeigen werde.

Mir bzw. dem bei mir angestellte Arzt 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 bzw. der bei mir angestellte Arzt verpflichtet sich zur Einhaltung der Vertragsinhalte.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich bzw. der bei mir angestellte Arzt mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission Ambulantes Operieren und Arthroskopie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der Anforderungen gemäß § 4, § 5 und § 6 der o.g. Vereinbarung in den von mir bzw. von dem angestellten Arzt genutzten Operationsräumen überprüfen kann.



Berlin, den

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung