



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 564, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung
zum Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher
Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin
der Knappschaft
gültig ab dem 01.10.2010

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

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

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

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Ich beantrage die Teilnahme am o.g. Vertrag und

- erbringe als Hausarzt jährlich den Nachweis von mindestens 6 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der Kinder und Jugendmedizin

(Nachweis/e ist/sind in Kopie beigefügt)

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert worden. Der Vertragsinhalt ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass meine Teilnahme am o.g. Vertrag freiwillig ist und ich die Anforderungen erfüllen muss,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag in dem Quartal beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich bestätigt und ich dann zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet bin,
- dass die KV Berlin quartalsweise eine Gebühr für die Tätigkeit der BVKJ Service GmbH in Höhe von 1,7% der Vergütung für die nach diesem Vertrag durch den teilnehmenden Arzt abgerechneten Leistungen einzieht und die Beträge an die BVKJ Service GmbH im Auftrag des teilnehmenden Arztes abführt und
- dass meine Teilnahme am o.g. Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder ein Widerruf der Einverständniserklärung oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

Ort, Datum

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