



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

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

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung
gemäß der 2. Nachträge
zu den Verträgen nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher
Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11 und J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin
mit der Knappschaft
In Kraft getreten am 01.04.2017 - gültig ab dem 01.07.2017**

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

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung zusätzlicher
Früherkennungsuntersuchungen:

U10 / U11

und/ oder

J2

und nehme als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der o.g. Verträge informiert worden. Der Vertragsinhalte sind mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass meine Teilnahme am o.g. Verträgen freiwillig ist und ich die Anforderungen erfüllen muss,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass meine Teilnahme an diesem Verträgen in dem Quartal beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich bestätigt und ich dann zur Leistungserbringung nach diesem Verträgen 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. Verträgen endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung der Verträge erfolgt
- dass ich zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses sowie der Schweigepflicht verpflichtet bin.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

Ort, Datum

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