



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 465, Fax (030) 31003 - 50465

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung mit Supervision (gem. § 3 Abs. 5)  
zum Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit  
der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost  
mit chronischer Hepatitis C in Berlin  
(gültig ab 01.01.2015)**

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 \_\_\_\_\_



**Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme am o.g. Vertrag als Arzt mit Supervision. Ich besitze für mich bzw. für den angestellten Arzt**

- eine der in § 3 Abs. 1 des Vertrages genannten Qualifikationen, die mich bzw. den angestellten Arzt in den Geltungsbereich einschließt

*(Nachweise sind beigefügt bzw. liegen vor)*

**und**

- den Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich der Hepatologie/ Infektiologie innerhalb der letzten 3 Jahre vor Vertragsteilnahme (30 CME-Punkte, davon 10 Punkte in der Kategorie C)

*(Nachweise liegen bei)*

**Name und Anschrift des Supervisors:** \_\_\_\_\_



**Verpflichtungserklärung**

Ich verpflichte mich, den Inhalt des Vertrages gem. § 73a zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin in der jeweils gültigen Fassung durchzuführen.

Mir ist bekannt, dass alle Patienten durch den gleichen Supervisor mit betreut werden müssen, damit sich dieser ein umfassendes Bild über die Betreuung und Therapie verschaffen kann. Weiterhin habe ich den Supervisor zeitnah nach der Einschreibung des Versicherten zum geplanten Betreuungskonzept zu kontaktieren und es erfolgt vor jedem Therapiebeginn ein Gespräch mit dem Supervisor über den einzelnen Patienten über die individuell geplante Arzneimitteltherapie. Zusätzlich treffe ich mich zweimal jährlich mit dem Supervisor, um die Patienten einzeln zu besprechen. Die Ergebnisse der Gespräche werden entsprechend dokumentiert.

Die Pflicht zur Begleitung durch den Supervisor endet erst, wenn ich die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1-3 selbst erfülle.

Weiterhin verpflichte ich mich erstmalig spätestens 12 Monate nach Erteilung der Abrechnungsgenehmigung und danach kalenderjährlich - bis 31.12. des Jahres, den Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich der Hepatologie/ Infektiologie mit mindestens 20 CME-Punkten (davon 10 Punkte in der Kategorie C) bei der KV Berlin, Abt. Qualitätssicherung, einzureichen.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung zur Behandlung eines Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung