

## Beitrittserklärung

Zur Vereinbarung über die Erstattung von Sachkosten für Dauerkatheter und Ventile  
gemäß § 83 SGB V

zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse, dem  
BKK-Landesverband Ost, der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, der Knappschaft, der Kranken-  
kasse für Gartenbau und den Ersatzkassen  
(Inkrafttreten 01.04.2009)

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR):  
(ersatzweise Stempelnummer)

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

Ich bin *in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft* niedergelassener Arzt  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin im MVZ \_\_\_\_\_ angestellter Arzt/Vertragsarzt  
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)

### Der Beitritt erfolgt:

für mich

für den bei mir/ im MVZ/ angestellten Arzt \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des angestellten Arztes)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Ich nehme als Facharzt für Urologie an der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der KV Berlin teil und möchte der o.g. Vereinbarung beitreten.

Ich verpflichte mich, mich von der Qualität der von mir angeforderten Dauerkatheter und Ventile zu überzeugen und die Ware bei eventuellen Mängeln zu reklamieren.

Mir ist bekannt, dass der Beitritt zur o.g. Vereinbarung erst **mit Datum der Bestätigung über den Beitritt durch die KV Berlin** beginnt.

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung