



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 – 307  
Fax (030) 31003 – 50730  
E-Mail QS-Team5@kvberlin.de

Praxisstempel

## Teilnahmeerklärung

**„Hallo Baby“  
als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V**

|   |  |
|---|--|
| Antragsteller   | Leistungserbringer   |
| _____   | _____  |
| Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigte<br>Ärzte, Vertretungsberechtigte | sofern abweichend vom Antragsteller, z.B.<br>angestellter Arzt |

|   |   |
|---|---|
| Betriebsstättennummer (BSNR)                              | <input type="text"/>                    |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis                     | <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik |
| <input type="checkbox"/> üBAG                             | <input type="checkbox"/> BAG            |
|   | _____                                   |
|   | Name Partner                            |
| Lebenslange Arztnummer (LANR)<br>(Leistungserbringer/-in) | <input type="text"/>                    |
| <input type="checkbox"/> Zulassung                        | <input type="checkbox"/> Anstellung     |

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



### **Fachliche Voraussetzungen**

- Facharzturkunde auf dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  - Phasenkontrastmikroskop und Kenntnisse über die Nutzung
  - KV-Genehmigung für Laborleistung Toxoplasmosesuchtest
  - KV-Genehmigung für Laborleistung Streptokokken B-Test
- Facharzturkunde auf dem Gebiet der Laboratoriumsmedizin
- Facharzturkunde auf dem Gebiet der Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie



### **Anerkennung des Vertrags**

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 3 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unaufgefordert und umgehend mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)



### **Allgemeines**

Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich an die zentrale Annahmestelle bei der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern (VAG Bayern), Züricher Str. 25, 81476 München weiter. Die VAG Bayern übernimmt die Vorprüfung auf Lesbarkeit und Teilnahme der BKK, die Sortierung nach BKK und die Weiterleitung an die jeweilige BKK.

Leistungen nach dem Vertrag nach § 140a SGB V dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung meiner für den Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.



## Hinweise zur Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung der Patientendaten ist die BKK VAG Bayern, Züricher Str. 25, 81476 München.

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten der Patienten wenden Sie sich an die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG Bayern), Datenschutzbeauftragter Züricher Str. 25, 81476 München, datenschutz@bkk-lv-bayern.de oder an den Datenschutzbeauftragten der jeweiligen BKK.

### **Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der VAG Bayern / VAG Baden-Württemberg und den teilnehmenden Krankenkassen ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingter Geburtskomplikationen – „Hallo Baby“ als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die VAG Bayern / VAG Baden-Württemberg, die teilnehmenden Krankenkassen und die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung erhalten LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende nach Bestätigung der Vertragsteilnahme an dem Vertrag durch das aus den Daten erstellte Teilnehmerverzeichnis.
- Die Daten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung an die VAG Bayern / VAG Baden-Württemberg weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf den Homepages der beteiligten BKK Vertragsarbeitsgemeinschaften sowie der beteiligten Krankenkassen veröffentlicht.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X).

### **Information über Ihre Rechte**

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an jede für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zuständige Aufsichtsbehörde richten.