



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Praxisstempel

Telefon (030) 31003 - 385, Fax (030) 31003 - 305

**Teilnahmeerklärung  
zum Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines  
ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der HEK –  
Hanseatischen Krankenkasse  
- gültig ab 01.04.2019-**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

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

Die Antragstellung erfolgt:  für mich

für den angestellten Arzt / Job-Sharer  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
(Name des angestellten Arztes bzw. Job-Sharers)

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 für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme am o. g. Vertrag. Ich besitze für mich bzw. für den angestellten Arzt**

- die Genehmigung zur Abrechnung der EBM-Nr. 01745 (*Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs*)

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt des o. g. Vertrages über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens nach der Pseudonummer **99400** zwischen der KV Berlin und der **HEK – Hanseatischen Krankenkasse** informiert worden. Der Vertragsinhalt ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass die Teilnahme für Versicherte an diesem Vertrag freiwillig ist,
- dass eine parallel privatärztliche Abrechnung nach GOÄ ausgeschlossen ist,
- dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß des o. g. Vertrages erst ab Datum der Bescheiderteilung zulässig ist.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Vertragsinhalte, insbesondere zum Umfang des Leistungsanspruchs in § 4 des o. g. Vertrages.

Zudem beachte ich, dass

- Versicherte der HEK – Hanseatische Krankenkasse ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres einen Leistungsanspruch gemäß § 4 des o. g. Vertrages besitzen,
- der Anspruch alle zwei Jahre, frühestens nach Ablauf von sieben Quartalen nach dem Quartal der Inanspruchnahme besteht,
- die Beendigung der Teilnahme gemäß § 3 nur zum Ende eines Quartals möglich ist und gegenüber der KV Berlin schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende erklärt werden muss.

**Gemäß § 3 Abs. 4 des o. g. Vertrages bin ich mit der Aufnahme in die Arztsuche bei der KV Berlin einverstanden.**

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu. Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des antragstellenden Arztes und/oder ggf.  
des ärztlichen Leiters (bei MVZ)