



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 – 307
Fax (030) 31003 - 50730

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung

Zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Berlin und der DAK-Gesundheit

<p>Antragsteller</p> <hr/> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigte Ärzte, Vertretungsberechtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <hr/> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt</p>
--	--

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik										
<input type="checkbox"/> üBAG	<input type="checkbox"/> BAG										
	<hr/> <p>Name Partner</p>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer/-in)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Anstellung										

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Fachliche/organisatorische Voraussetzungen

- Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V als Hausarzt **oder**
- als Facharzt mit der Facharztbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ **und**
 - Betreuung von durchschnittlich 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal **und**
 - Verfügbarkeit über die zur Durchführung der Untersuchung nötige Ausstattung (ggf. als Auftragsleistung) **und**
 - eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages, sodass deren Einsatz stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens erfolgt



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.

Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der KV Berlin in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- die Teilnahme freiwillig ist und meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Berlin
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Berlin mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer der Teilnehmer des Vertrages an die DAK Gesundheit und der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der KV Berlin bin ich einverstanden.

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)