



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 - 319
Fax (030) 31003 - 50730
E-Mail: QS-Team1@kvberlin.de

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung

Durchführung und Abrechnung von Satzungsimpfungen mit der KNAPPSCHAFT
(gültig ab 01.05.2019)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigte Ärzte/Einrichtungen, Vertretungsberechtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik/ermächtigte Einrichtung
<input type="checkbox"/> üBAG	<input type="checkbox"/> BAG

	Name Partner
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer/-in)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Anstellung
	<input type="checkbox"/> Ermächtigung

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 QS-Vereinbarung

- Ich gehöre, bzw. der angestellte/ermächtigte Arzt gehört keiner Fachgruppe an, die gemäß § 13 Abs. 4 BMV-Ärzte nur auf Überweisung tätig werden darf.



Anerkennung des Vertrags

Die Ziele und die Inhalte der o.g. Vereinbarung sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, sind bekannt und werden anerkannt.

Insbesondere bekannt ist,

- dass die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist,
- dass die Teilnahme an der o. g. Vereinbarung mit Datum des Bescheides beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich genehmigt.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. QS-Vereinbarung Impfen. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)



Einverständniserklärung

Es wird zugestimmt, dass die KV Berlin ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte (mit BSNR, LANR, Titel, Name, Vorname, Praxisadresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) führt und dieses der KNAPPSCHAFT in elektronischer Form regelmäßig zur Verfügung stellt. Die KNAPPSCHAFT ist berechtigt das Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte mit den vorgenannten Daten (außer BSNR und LANR) in der jeweils aktualisierten Fassung auf Ihrer Internetseite zu veröffentlichen bzw. ihren Versicherten in schriftlicher Form auszuhändigen (gem. § 3 Abs. 6).

Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller