

Anlage 2**Teilnahmeerklärung Vertragsärztin/arzt - KV Berlin**

zum Vertrag Wahltarif für Kostenerstattung gemäß § 53 Abs. 4 SGB V zwischen dem BKK-Landesverband NORD und der AG Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Name:		Praxis-Stempel:
Vorname:		
Anschrift:		
Telefonnummer:		
Fax:		
E-Mail-Adresse:		
Fachrichtung:		
Praxisbesonderheiten:		

Betriebsstättennummer (BSNR):
(ersatzweise Stempelnummer)

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

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Bitte beachten Sie, dass bei einer Gemeinschaftspraxis / MVZ / 311er Einrichtung / Praxis mit angestellten Ärzten die Teilnahmeerklärung nur für alle Mitglieder der jeweiligen Einrichtung gemeinsam erklärt werden kann und die Teilnahmeerklärung auch bei einer Änderung der Zusammensetzung für die jeweilige Einrichtung gilt. In diesen Fällen legen Sie bitte dem Antrag eine Namens- und LANR-Liste aller beteiligten Ärzte bei.

Ja, ich möchte meine Vergütung für die Behandlung der am Wahltarif „BKK Arzt privat - Kostenerstattung für die ambulante vertragsärztliche Behandlung" teilnehmenden Versicherten der am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen auf dem Wege der Kostenerstattung erhalten und erkläre die Teilnahme an dem Vertrag zum Wahltarif für Kostenerstattung.

Die Kostenerstattung im Sinne des Wahltarifs „BKK Arzt privat - Kostenerstattung für die ambulante vertragsärztliche Behandlung" will ich für meine Praxis als zukunftsichernde Möglichkeit nutzen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

- die Abrechnung der Leistungen max. in Höhe der in der Anlage 4 des Vertrages dargestellten GOÄ-Sätze möglich ist,
- die Rechnungsstellung der erbrachten Leistungen nicht gegenüber dem Patienten selbst, sondern gem. dem Datensatzschema nach Anlage 3 über die Abrechnungsstelle erfolgt,
- erforderliche Vordrucke (z. B. Rezepte, AU-Bescheinigungen, Reha-Verordnungen) weiterhin gem. Bundesmanteltarif für Ärzte (Vordruckvereinbarung) ausgestellt werden,
- soweit für die Patienten Leistungen im Rahmen geltender Verträge außerhalb bestehender Gesamtvertraglicher Regelungen z.B. nach §§ 140a ff, 73b u. 73c SGB V erbracht werden, diese Leistungen nicht im Rahmen der Kostenerstattung, sondern im Rahmen der in den jeweiligen Selektiv-Verträgen geregelten Bedingungen mit den zuständigen Krankenkassen abgerechnet werden.

Ich willige ein, dass meine Teilnahme an dem Vertrag unter Angabe der o.g. persönlichen Daten dem BKK-Landesverband NORD, den beigetretenen Betriebskrankenkassen und deren Mitgliedern einschließlich der Familienangehörigen bekannt gegeben wird sowie diese Daten von Dritten für die Umsetzung des Vertrages verarbeitet werden. Dies schließt ggf. die Veröffentlichung im Internet mit ein.

Der Unterzeichner versichert, dass alle Ärzte der im obigen Stempelfeld angeführten Einrichtung dieser Teilnehmererklärung zugestimmt haben. Soweit sich die Zusammensetzung der jeweiligen Einrichtung ändert, verpflichtet sich der Unterzeichner die entsprechenden LANR der geänderten Ärzte gegenüber der KV Berlin schriftlich mitzuteilen.

Berlin, den

Unterschrift(en) Ärzte bzw. Ärztlicher Leiter und
ggf. persönlicher Arztstempel bzw. Namensstempel