

An alle teilnehmenden Ärzte in der hausärztlichen Versorgung mit der Genehmigung zu den Früherkennungsverträgen der Knappschaft

**Der Vorstand**  
**Ansprechpartner:** Service-Center  
Tel.: (030) 3 10 03 - 999  
Fax: (030) 3 10 03 - 900  
service-center@kvberlin.de

08. Mai 2017

**2. Nachtrag: Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11, J2) mit der Knappschaft (§ 73 c SGB V)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund von aufsichtsrechtlichen Vorgaben des Bundesversicherungsamt gibt es zum **01.07.2017** eine wichtige Änderung bezüglich der Teilnahme an den o.g. Verträgen.

**Teilnahmeerklärung der Versicherten**

Die Versicherten müssen ab dem **01.07.2017** ihre Teilnahme erklären. Die Formulare liegen dem Rundschreiben bei und stehen auf der Homepage der KV Berlin zum Download bereit. Die KV Berlin empfiehlt, die Teilnahmeerklärung für jede Untersuchung gesondert auszufüllen (da die Teilnahme automatisch nach einem Jahr endet).

Die vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärungen sind dann innerhalb einer Woche an die Knappschaft zu senden:

per Fax: 0234 304 – 87388 oder  
per Post: Knappschaft  
Dezernat VIII.3.1  
Knappschaftstr. 1  
44799 Bochum

Die Verträge können Sie auf der Homepage der KV Berlin [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) unter *Verträge und Recht* finden.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Margret Stennes  
Vorstandsvorsitzende



Günter Scherer  
Vorstandsmitglied

**Ab  
01.07.2017:**

**Einführung  
einer  
Teilnahme-  
erklärung  
der Versi-  
cherten**

**☎ 31003-999**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Anlage 2 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Versicherten

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten am Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11) zwischen der Knappschaft, der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination (vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung) und der bvkj.Service GmbH**

### 1. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten

- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre/n wir/ich hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines/unseres Kindes an dem Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11).
- Der Arzt meines/unseres Kindes hat mich/uns in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11) informiert.
- Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- **Meine/unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich/können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung.**
- Die Teilnahme an dem Vertrag endet
  - a) mit dem Wechsel meines/unseres Kindes zu einem nicht beteiligten Kostenträger
  - b) mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
  - c) mit der Bindungsfrist von einem Jahr.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, während der Dauer der Teilnahme unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### 2. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Einwilligung der/des Versicherten

- Ich/wir willige/n in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten meines/unseres Kindes zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung ein.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### Information für den einschreibenden Arzt / die einschreibende Ärztin:

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung innerhalb einer Woche per Fax oder Post an die Krankenkasse:

**Knappschaft**  
 Dezernat VIII.3.1  
 Knappschaftstr. 1  
 44799 Bochum

Fax: 0234 304 – 87388

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Anlage 2 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Versicherten

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten am Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (J2) zwischen der Knappschaft, der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination (vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung) und der bvkj.Service GmbH**

### 1. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten

- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre/n wir/ich hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines/unseres Kindes an dem Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (J2).
- Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- **Meine/unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich/können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung.**
- Die Teilnahme an dem Vertrag endet
  - a) mit dem Wechsel meines/unseres Kindes zu einem nicht beteiligten Kostenträger
  - b) mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
  - c) mit der Bindungsfrist von einem Jahr.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, während der Dauer der Teilnahme unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### 2. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Einwilligung der/des Versicherten

- Ich/wir willige/n in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten meines/unseres Kindes zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung ein.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### Information für den einschreibenden Arzt / die einschreibende Ärztin:

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung innerhalb einer Woche per Fax oder Post an die Krankenkasse:

**Knappschaft**  
 Dezernat VIII.3.1  
 Knappschaftstr. 1  
 44799 Bochum

Fax: 0234 304 – 87388