

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-689  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

### Teilnahmeerklärung

zum Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin der Knappschaft

gültig ab dem 01.10.2010

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

Betriebsstättennummer (BSNR)

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

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer: \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt/in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt/in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus: \_\_\_\_\_ Ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

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

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Teilnahme am o.g. Vertrag und**

- erbringe als Hausarzt jährlich den Nachweis von mindestens 6 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der Kinder und Jugendmedizin  
**(Nachweis/e ist/sind in Kopie beigelegt)**

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert worden. Der Vertragsinhalt ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass meine Teilnahme am o.g. Vertrag freiwillig ist und ich die Anforderungen erfüllen muss,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag in dem Quartal beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich bestätigt und ich dann zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet bin,
- dass die KV Berlin quartalsweise eine Gebühr für die Tätigkeit der BVKJ Service GmbH in Höhe von 1,7% der Vergütung für die nach diesem Vertrag durch den teilnehmenden Arzt abgerechneten Leistungen einzieht und die Beträge an die BVKJ Service GmbH im Auftrag des teilnehmenden Arztes abführt und
- dass meine Teilnahme am o.g. Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des antragstellenden Arztes und ggf. des ärztlichen Leiters (bei MVZ)