

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-564  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

## Einverständniserklärung

**(Abtretung gem. § 3 Abs. 2) zur Vereinbarung zur Umsetzung der Protokollnotiz vom 01.07.2010 über den Einbehalt und die Abführung einer Sachkostenpauschale für die Dokumentationsvorlage im Rahmen der Umsetzung des Vertrages gemäß § 73c SGB V mit der Techniker Krankenkasse über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11/J2)**

**Als Vertragsarzt für meine Einzelpraxis**

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

**oder**

**als Vertragsärzte für unsere Berufsausübungsgemeinschaft**

Namen der Ärzte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**oder**

**als ärztlicher Leiter der Einrichtung/MVZ**

Name des ärztlichen Leiters: \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung/des MVZ: \_\_\_\_\_

### **gebe ich/geben wir folgende Erklärung ab:**

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die KV Berlin quartalsweise eine zusätzliche Gebühr für die Tätigkeit der BVKJ Service GmbH in Höhe von 1,7 % der Vergütung für die nach diesen Verträgen abgerechneten Leistungen einbehält und an die BVKJ Service GmbH in meinem/unserem Auftrag abführt.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass bei Honorarrückforderungen/-kürzungen keine Korrektur/Verrechnung der an die BVKJ Service GmbH geleisteten Gebühren in Höhe von 1,7 % erfolgt und Widersprüche gegen die Gebühren der BVKJ Service GmbH nicht gegenüber der KV Berlin möglich sind.

**Die Einverständniserklärung gilt, soweit diese Leistungen vertragskonform erbracht und abgerechnet werden, für Verträge nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin der:**

- Techniker Krankenkasse für die U10/U11
- Techniker Krankenkasse für die J2

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Vertragsarztes oder des ärztlichen Leiters  
(bei MVZ/Einrichtungen)