



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-439
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung

zum Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin (gültig ab 01.01.2015)

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

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

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

- | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt/in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt/in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR)

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

(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme an dem o.g. Vertrag.
Ich besitze für mich bzw. für den angestellten Arzt

- eine der in § 3 Abs. 1 des Vertrages genannten Qualifikationen, die mich bzw. den angestellten Arzt in den Geltungsbereich einschließt
(Nachweise sind beigelegt bzw. liegen vor)

und

- den Nachweis über die Betreuung von mindestens 25 Hepatitis-C-Patienten pro Jahr 3 Jahre vor Teilnahme an dem Vertrag sowie den Nachweis der eigenständig durchgeführten Therapie der chronischen Hepatitis C bei mindestens 30 unterschiedlichen Patienten 4 Jahre vor Teilnahme an diesem Vertrag
(formlose Patientenliste aus der die Krankenkasse, Versichertennummer, Diagnose und der hepatologische Betreuungszeitraum der Patienten hervorgehen ist beigelegt)

und

- den Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich der Hepatologie/ Infektiologie innerhalb der letzten 3 Jahre vor Vertragsteilnahme (30 CME-Punkte, davon 10 Punkte in der Kategorie C)
(Nachweise liegen bei)

Gemäß der Anlage 4 des Vertrages stelle ich mich bei Bedarf für die Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens zur Verfügung.

Ja

Nein

VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

Ich verpflichte mich, den Inhalt des Vertrages gem. § 73a zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin in der jeweils gültigen Fassung durchzuführen.

Weiterhin verpflichte ich mich erstmalig spätestens 12 Monate nach Erteilung der Abrechnungsgenehmigung und danach kalenderjährlich - bis 31.12. des Jahres, den Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich der Hepatologie/ Infektiologie mit mindestens 20 CME-Punkten (davon 10 Punkte in der Kategorie C) bei der KV Berlin, Abt. Qualitätssicherung, einzureichen.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung zur Behandlung eines Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den _____

Unterschrift + ARZTSTEMPEL

Unterschrift Leiter der Einrichtung