

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-484  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team3@kvberlin.de

Praxisstempel

## Teilnahmeerklärung zum Vertrag über die besondere patientenorientierte ambulante medizinische Versorgung multimorbider Patienten

nach § 140a SGB V zwischen AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und KV Berlin

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
	_____
	Name des Krankenhauses

Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

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

**Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 2 vg. Vertrag**

- Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V als
- Facharzt für Allgemeinmedizin
  - Facharzt für Innere Medizin
  - Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
  - Praktischer Arzt

**VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE**

Es wird versichert, dass der Vertrag vollumfänglich eingehalten wird. Die Ziele und Inhalte des Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, werden anerkannt.

Es ist bekannt, dass:

- eine Fortbildungsverpflichtung im Umfang von mindestens acht CME-Punkten jährlich besteht,
- die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des o.g. Vertrags erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber dem Vertragspartner in Rechnung gestellt werden dürfen,
- die KV Berlin gegenüber den teilnehmenden Hausärzten berechtigt ist, von der Vergütung den Verwaltungskostensatz in der jeweils gültigen Höhe in Abzug zu bringen.

Es wird zugestimmt, dass die KV Berlin ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte (mit Anschrift, Faxnummer, Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Praxis) führt und dieses der AOK in elektronischer Form zur Verfügung stellt. Die KV Berlin ist berechtigt, die Praxisdaten der teilnehmenden Ärzte auf ihrer Homepage zu veröffentlichen.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. dem o.g. Vertrag. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung der Teilnahmeerklärung und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)