



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 / 31 003-409
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Berlin und der DAK-Gesundheit mit Beitritt von KKH, TK und BIG direkt gesund (nur für Teilnehmer an der hausärztlichen Versorgung oder FÄ für Innere Medizin)

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: _____



Leistungsort

Betriebsstätte

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

Ausgelagerter Praxisraum

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

Adresse

Fachliche/organisatorische Voraussetzungen gemäß § 3 des Vertrages

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V als Hausarzt **oder**

als Facharzt mit der Facharztbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“

und

Es wird die Betreuung von durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal bestätigt.

Es wird bestätigt, dass über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötigen apparativen Ausstattung verfügt wird oder mittels Auftragsleistung erbracht werden kann.

Es wird die eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages bestätigt, sodass deren Einsatz stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens erfolgt.



VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass der Vertrag vollumfänglich eingehalten wird.

Es ist bekannt, dass

- die Teilnahme freiwillig ist und eine Kündigung jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich erfolgen kann.
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Berlin mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

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

Die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen werden ausschließlich gegenüber der KV Berlin und nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten in Rechnung gestellt.

Das Einverständnis über die regelmäßige Übermittlung eines Verzeichnisses mit Namen, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer der Teilnehmer des Vertrages an die DAK Gesundheit, KKH, TK und BIG direkt gesund sowie Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der KV Berlin wird erklärt.

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)