



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 / 31 003-597  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team5@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, der KKH und der TK

Gültig ab dem 01.04.2019 in der derzeit gültigen Fassung vom 01.08.2019

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	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**

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

als Facharzt mit der Facharztbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“

**und**

Betreuung von durchschnittlich 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal **und**

Verfügbarkeit über die zur Durchführung der Untersuchung nötige Ausstattung (ggf. als Auftragsleistung) **und**

eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages, sodass deren Einsatz stets nach dem Aktuellen Stand des medizinischen Wissens erfolgt



## ANERKENNUNG DES VERTRAGS

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der KV Berlin in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- die Teilnahme freiwillig ist und meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Berlin
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Berlin mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Namen, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer der Teilnehmer des Vertrages an die DAK Gesundheit, die KKH und die TK und der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der KV Berlin bin ich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unaufgefordert und umgehend mit.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)