

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 des Diabetes mellitus

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

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 beigelegt

Adresse

Anforderungen an die Qualitätssicherung 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 Diabetes mellitus 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 an diesem Vertrag freiwillig ist und kein Anspruch auf Teilnahme besteht
- die Teilnahme an dem o.g. Vertrag mit Datum des Bescheides beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich genehmigt
- die Teilnahme an dem o.g. Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

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

Es wird notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen zugestimmt.

Das Einverständnis über die namentliche Veröffentlichung (Titel, Vorname, Name, Praxisanschrift sowie Praxistelefonnummer) auf der Homepage der DAK-Gesundheit, der KKH, der TK, der HEK und der KV Berlin sowie der Weitergabe der vorgenannten Daten an die vorgenannten Vertragsteilnehmer 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)