

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 / 31 003-689  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

### Teilnahmeerklärung

gemäß den Verträgen über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen U10/U11 (1. Vertrag) und J2 (2. Vertrag) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 140a SGB V zwischen der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination und der bvkJ.Service GmbH

<b>Antragsteller</b>	<b>Leistungserbringer</b>
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG
	<input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik
	<input type="checkbox"/> üBAG

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

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



**Leistung**

- GOP 81102 – Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der **U10**
- GOP 81120 – Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der **U11**
- GOP 81121 – Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der **J2**

**Leistungsort**

- Betriebsstätte

\_\_\_\_\_  
Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

\_\_\_\_\_  
Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigelegt

\_\_\_\_\_  
Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Voraussetzungen zur Teilnahme gemäß § 5 der Verträge**

- Kinder- und Jugendarzt
- Hausarzt **und**

Früherkennungsuntersuchung U10/U11

- Nachweis über die Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale

Früherkennungsuntersuchung J2

- Nachweis von mindestens 6 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der Verträge vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass:

- die Teilnahme an den Verträgen in dem Quartal beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich bestätigt, gemäß § 5 der Verträge,
- die KV Berlin berechtigt ist, gegenüber den Ärzten die jeweiligen Verwaltungskosten und die Sachkostenpauschale für die Dokumentationsunterlagen in der Höhe von 1,7 Prozent der Vergütung in Abzug zu bringen, gemäß § 8 Absatz 3 der Verträge,
- der Vertrag von jedem Vertragspartner gegenüber dem/den anderen außerordentlich oder mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann, gemäß § 10 Absatz 2 und 3 der Verträge.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen wird zugestimmt.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der 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 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. dem o.g. Verträge Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags 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)