



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 6 A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-594
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag über die Durchführung einer augenärztlichen
Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern/Kindern**

gemäß § 140a SGB V

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: _____



Leistung

SNR 90130 augenärztliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung bei Kleinkindern

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

Voraussetzungen zur Teilnahme gemäß § 3 des Vertrages

- Facharzturkunde auf dem Gebiet der Augenheilkunde
und
- Es wird bestätigt, dass eine Abrechnung der EBM-Nr. 06210 (augenärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr) innerhalb der letzten 2 Jahre bei mindestens 50 Kindern, ab Antragstellung erfolgt ist.
oder
- Es wird eine Selbstauskunft beigefügt, weil die Zulassung vor weniger als zwei Jahren erfolgte.

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 Anforderungen gemäß § 4 des Vertrages erfüllt sein müssen
- die Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Datum des Genehmigungsbescheides der KV Berlin beginnt und der Vertrag endet, wenn gegen vertragliche Pflichten verstoßen wird (§ 3 Abs. 5b) oder eine Kündigung des Vertrages erfolgte (§ 3 Abs. 5a)
- die Vertragspartner zur Einhaltung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten verpflichtet sind.

Es wird versichert, im Rahmen der Krankenbehandlung den Versicherten eine weitergehende, gezielte Diagnostik und ggf. Therapie zuzuführen, soweit die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit ergeben. Die erforderliche apparative Ausstattung nach aktuellen technischen Standards wird vorgehalten.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen werden zugestimmt.

Das Einverständnis über die Aufnahme persönlicher Daten (Titel, Vorname und Name, Praxisanschrift und Praxistelefonnummer) in ein von der KV Berlin geführtes Verzeichnis und dessen Weiterleitung in elektronischer Form an die Knappschaft wird erklärt.

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 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. dem Vertrag über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern/Kindern nach § 140a SGB V. 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)