

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-689  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

## Teilnahmeerklärung

gemäß der 2. Nachträge zu den Verträgen nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11 und J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin der Techniker Krankenkasse; gültig ab dem 01.01.2016

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR)

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

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer: \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt/in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft            |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt/in     | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft            |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(wenn vorhanden)

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

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

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen:

U10 / U11

**und/ oder**

J2

und nehme als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der o.g. Verträge informiert worden. Die Vertragsinhalte sind mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass meine Teilnahme an den o.g. Verträgen freiwillig ist und ich die Anforderungen erfüllen muss,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass meine Teilnahme an diesen Verträgen in dem Quartal beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich bestätigt und ich dann zur Leistungserbringung nach diesen Verträgen berechtigt und verpflichtet bin,
- dass die KV Berlin quartalsweise eine Gebühr für die Tätigkeit der BVKJ Service GmbH in Höhe von 1,7% der Vergütung für die nach diesem Vertrag durch den teilnehmenden Arzt abgerechneten Leistungen einzieht und die Beträge an die BVKJ Service GmbH im Auftrag des teilnehmenden Arztes abführt und
- dass meine Teilnahme an den o.g. Verträgen endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen der Verträge nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung der Verträge erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des antragstellenden Arztes und ggf. des ärztlichen Leiters (bei MVZ)