



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 / 31 003-385
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vorsorgeverfahrens

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologie oder Hausarzt

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"/> Einzelpraxis
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG
	<input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik
	<input type="checkbox"/> üBAG

Die Teilnahmeerklärung bezieht sich auf folgende Krankenkasse und Teilnehmerstatus:		
	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologie	Hausärztliche Versorgung
Techniker Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IKK Brandenburg und Berlin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEK – Hanseatische Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIG direkt gesund	<input type="checkbox"/>	} Keine Vertragspartner für die hausärztliche Versorgung
BARMER	<input type="checkbox"/>	
KNAPPSCHAFT	<input type="checkbox"/>	

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Fachliche Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 des jeweiligen Vertrages

- Genehmigung zur Abrechnung der EBM-Nr. 01745 (Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs) wurde bereits durch die KV Berlin erteilt
- die o. g. Genehmigung wurde nicht durch die KV Berlin erteilt

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass der jeweilige Vertrag vollumfänglich eingehalten wird, insbesondere hinsichtlich des Umfangs des Leistungsanspruchs in § 4.

Es wird beachtet, dass

- Versicherte der jeweiligen Krankenkasse einen Leistungsanspruch wie folgt besitzen:

Krankenkasse	ab vollendetem Lebensjahr	bis zum vollendetem Lebensjahr	zur Abrechnung Symbolnummer
Techniker Krankenkasse	15	35	99400
BIG direkt gesund	X	35	99400
BARMER	16	35	99400
KNAPPSCHAFT	X	35	99400
IKK Brandenburg und Berlin	X	35	99400
HEK – Hanseatische Krankenkasse	15	35	99400

- der Anspruch alle zwei Jahre, frühestens nach Ablauf von sieben Quartalen nach dem Quartal der Inanspruchnahme besteht,
- die Beendigung der Teilnahme am Vertrag nur zum Ende eines Quartals möglich ist und gegenüber der KV Berlin schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende erklärt werden muss.

Weiterhin ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und kein Anspruch auf Teilnahme besteht,
- die Durchführung und Abrechnung von Leistungen erst zulässig ist ab dem Quartal, in dem die Teilnahme am Vertrag gegenüber der KV Berlin erklärt und durch diese genehmigt wurde

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 regelmäßige Weitergabe einer Liste der Teilnehmer des Vertrages an die jeweilige Krankenkasse wird erklärt.

Ebenso wird, bezogen auf die HEK-Hanseatische Krankenkasse, das Einverständnis zur Veröffentlichung der Teilnahme auf der Webseite der KV Berlin gegeben, gemäß § 3 Abs. 4 des Vertrages.

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)