

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 / 31 003-319  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: [QS-Team-1@kvberlin.de](mailto:QS-Team-1@kvberlin.de)

Praxisstempel

## Teilnahmeerklärung

### Durchführung und Abrechnung von Satzungsimpfungen mit der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

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
Fachgebiet (ggf. Schwerpunkt)	_____
	Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes
	_____
	Leistungserbringer

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

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

**Teilnahme von Ärzten und Teilnahmeverfahren gemäß § 3 Absatz 2 Satzungsimpfvereinbarung**

- Ein Tätigwerden nur auf Überweisung, gemäß § 13 Abs. 4 BMV-Ärzte, liegt nicht vor.

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass die Vereinbarung vollumfänglich eingehalten wird. Die Ziele und Inhalte der Vereinbarung sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, werden anerkannt.

Es ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist,
- die Teilnahme an der o. g. Vereinbarung mit Datum des Bescheides beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich genehmigt und ich dann zur Leistungserbringung durch mich selbst oder durch den angestellten Arzt berechtigt und verpflichtet bin,
- die Teilnahme an der o. g. Vereinbarung endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen der o. g. Vereinbarung nicht mehr erfüllt sind, ein wesentlicher Verstoß gegen die Inhalte der Vereinbarung festgestellt wird oder eine Kündigung der Vereinbarung erfolgt.

Es wird zugestimmt, dass die KV Berlin ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte (mit Anschrift, Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Praxis) führt und dieses der AOK Nordost in elektronischer Form regelmäßig zur Verfügung stellt. Die AOK Nordost ist berechtigt, das Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte auf ihrer Internetseite zu veröffentlichen bzw. ihren Versicherten in schriftlicher Form auszuhändigen.

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 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. der o. g. Vereinbarung. 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)