

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-319  
Fax: 030 / 31 003-305

Praxisstempel

## Teilnahmeerklärung

zur Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen im Land Berlin auf Grundlage von § 20i Abs. 2 und § 132e SGB V (Satzungsimpfvereinbarung) mit der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse (gültig ab dem 01.07.2018)

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

Betriebsstättennummer (BSNR)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Die Antragstellung erfolgt: ☐ für mich

☐ für den angestellten Arzt/ Job-Sharer:  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
(Name des Arztes)

☐ Niedergelassener Arzt in

☐ Einzelpraxis  
☐ MVZ

☐ Berufsausübungsgemeinschaft  
☐ ÜBAG ☐ Sonstiges

☐ Angestellter Arzt in

☐ Einzelpraxis  
☐ MVZ

☐ Berufsausübungsgemeinschaft  
☐ ÜBAG ☐ Sonstiges

☐ Ich bin am Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
(Name des Krankenhauses) ermächtigter Arzt

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

**Ich beantrage für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme an der o.g. Vereinbarung.**

- ☐ Ich bzw. der angestellte Arzt gehöre/gehört keiner Fachgruppe an, die gemäß § 13 Abs. 4 BMV-Ä nur auf Überweisung tätig werden darf.

**Ich bin bzw. der angestellte Arzt ist umfassend über die Ziele und Inhalte der o.g. Vereinbarung informiert. Der Inhalt der Vereinbarung ist mir bzw. dem angestellten Arzt bekannt.**

**1. Mir bzw. dem angestellten Arzt ist insbesondere bekannt,**

- dass die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist,
- dass 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,
- dass 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 des Vertrages festgestellt wird oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt,
- dass der teilnehmende Arzt seine Teilnahme an der o.g. Vereinbarung mit einer Frist von 6 Wochen zum nächsten Quartal durch eine schriftliche Mitteilung an die KV Berlin widerrufen kann.

**2. Ich stimme bzw. der angestellte Arzt stimmt zu, dass die KV Berlin ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte (mit BSNR, LANR, Titel, Name und Vorname mit der Praxisanschrift, Praxistelefonnummer und E-Mail-Adresse) führt und dieses der AOK Nordost in elektronischer Form zur Verfügung stellt. Die AOK Nordost ist berechtigt, das Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte mit den vorgenannten Daten (außer BSNR und LANR) auf ihrer Internetseite zu veröffentlichen bzw. ihren Versicherten in schriftlicher Form auszuhändigen.**

**3. Ich verpflichte mich, die Grundsätze gemäß § 4 und § 6 der o.g. Vereinbarung einzuhalten.**

**4. Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu.**

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift des Leiters (Einrichtung/MVZ)