



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

(030) 31003 - 319
 (030) 31003 - 50730
 QS-Team1@kvberlin.de

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung zur Reiseimpfvereinbarung

nach § 132e SGB V i. V. m. § 20i Abs. 2 SGB V

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigte Ärzte/Einrichtungen, Vertretungsberechtigte	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"/> MVZ/Poliklinik
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG
<input type="checkbox"/> Ermächtigung	

	Name des Krankenhauses
Fachgebiet (ggf. Schwerpunktbezeichnung)	_____
	Leistungserbringer

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

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Impfleistungen gem. § 2 vg. Vereinbarung

- Hepatitis A
Hepatitis B
Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)
Meningokokken (A, C, W135, Y)
Typhus
Cholera
Tollwut

Gelbfieber

Hinweis gemäß § 3 Abs. 5 vg. Vereinbarung:

Für die Durchführung und Abrechnung der Gelbfieberimpfung ist eine Gelbfieberimpfstellenerlaubnis erforderlich. Diese ist der Teilnahmeerklärung in Kopie beizufügen.



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,
- die Abrechnung der Gelbfieberimpfung ausschließlich den Ärzten vorbehalten ist, die über die notwendige Qualifikation (Gelbfieberimpfstelle) verfügen,
- die Teilnahme an der o.g. Vereinbarung endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen 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 Novitas BKK in elektronischer Form zur Verfügung stellt. Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen sind berechtigt, das Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte auf deren Internetseiten 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)