



**BERLIN**

Besser. Gemeinsam. Wirken.

Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 20i Abs. 2 SGB V i. V. m. § 132e SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Satzungsimpfungen mit der KNAPPSCHAFT

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

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung**

**Durchführung und Abrechnung von Satzungsimpfungen mit der KNAPPSCHAFT (gültig ab 01.05.2019)**

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG	<input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik/ermächtigte Einrichtung <input type="checkbox"/> üBAG
	_____
	Name Partner
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Antragstellung
	<input type="checkbox"/> Ermächtigung

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



### Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 QS-Vereinbarung

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

## ANERKENNUNG DES VERTRAGS

Die Ziele und die Inhalte der o.g. Vereinbarung sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, sind bekannt und werden anerkannt.

Insbesondere bekannt ist,

- 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.

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 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. der Satzungsimpfvereinbarung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungs-auftrags. 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)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Es wird zugestimmt, dass die KV Berlin ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte (mit BSNR, LANR, Titel, Name, Vorname, Praxisadresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) führt und dieses der KNAPPSCHAFT in elektronischer Form regelmäßig zur Verfügung stellt. Die KNAPPSCHAFT ist berechtigt das Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte mit den vorgenannten Daten (außer BSNR und LANR) in der jeweils aktualisierten Fassung auf Ihrer Internetseite zu veröffentlichen bzw. ihren Versicherten in schriftlicher Form auszuhändigen (gem. § 3 Abs. 6).

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller