

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 / 31 003-523 / -524
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung zur Rahmenvereinbarung Onkologie in Berlin

gemäß § 140a SGB V

<p>Antragsteller</p> <hr/> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <hr/> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
---	---

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p> <hr/> <p>Name des Krankenhauses</p>										

<p>Genehmigung beantragt zum</p>	<hr/> <p>Datum</p>
<p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p>	<hr/> <p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Leistungsort

Betriebsstätte

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Absatz 1 der vg. Rahmenvereinbarung

- Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie **und**
- Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten als onkologisch besonders qualifizierter Arzt (Onkologie-Vereinbarung gem. Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) i. V. m. der Vereinbarung über die Teilnahmevoraussetzungen und die Vergütung für die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten in Berlin gemäß § 3 Absatz 7 und § 9 der Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Onkologie-Vereinbarung) zwischen der KV Berlin und den Krankenkassen-/verbänden
 - liegt vor
 - ist beantragt

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben des Vertrages und der jeweils gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere auch im Hinblick auf das Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns (§ 15 der vg. Vereinbarung).

Aus der vg. Vereinbarung ist bekannt, dass

- die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der vg. Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist und die Teilnahme mit dem Datum des Genehmigungsbescheides beginnt (§ 4 Absatz 3),
- die Teilnahme endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen der Rahmenvereinbarung nicht mehr erfüllt sind, ein wesentlicher Verstoß gegen Inhalte der Vereinbarung festgestellt wird oder eine Kündigung erfolgt (§§ 4 Absatz. 6 und 16),
- im Vorfeld der Einschreibung des Versicherten ein umfassendes Aufklärungsgespräch zu erfolgen hat (§ 5 Absatz 1),
- im Rahmen des medizinisch Gebotenen alle sich bietenden Wirtschaftlichkeitspotentiale konsequent zu nutzen sind (§ 5 Absatz 3),
- alle zwei Jahre die Teilnahme an einer Pharmakotherapieberatung zur Arzneimitteltherapie durch Beratungsapothekerinnen der AOK erfolgt (§ 5 Absatz 4),
- alle behandlungsrelevanten übermittelten Diagnosen vollständig zu dokumentieren sind (§ 9 Absatz 4),
- die von dem Versicherten unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage1) im Original (keine Kopie) unverzüglich an die AOK Nordost weiterzuleiten ist (§ 6 Absatz 3) und der Versicherte eine Kopie der Teilnahmeerklärung erhält,
- die KV Berlin quartalsweise die teilnehmenden Ärzte unter Angabe ihrer E-Mail-Adresse der AOK meldet (§ 7 Abs. 3),
- die Überprüfung der Durchführung der in der Anlage 3 der Rahmenvereinbarung normierten Verpflichtung zur Biomarker-gesteuerten Diagnostik und Therapie der teilnehmenden Ärzte stichprobenartig durch die Qualitätssicherungskommission „Onkologie“ der KV Berlin erfolgt (gem. Anlage 3 Abs. 2 der vg. Vereinbarung).

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, 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. § 135 Abs. 2 SGB V und der Rahmenvereinbarung Onkologie in Berlin. 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)