

Anlage 8b – Teilhabeantrag Kinder- und Jugendarzt

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche im Rheinland – Stand: 01.07.2023

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970-33187

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
lebenslange Arzt-/Psychotherapeuten-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt/Psychotherapeut:		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o. g. Vertrag.

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bestätige, dass ich die Anforderungen an diesem Vertrag erfülle und alle sich auf die Vertragsanforderungen beziehenden Änderungen (z. B. Änderungen der apparativen und räumlichen Ausstattung) der KV Nordrhein unverzüglich mitteilen werde.
4. Apparative Mindestvoraussetzung zur Abrechnung des Amblyopiescreenings nach diesem Vertrag (SNR 91813) ist ein Autorefraktometer.

Ich verfüge über ein Autorefraktometer in meiner Praxis.

5. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an die Krankenkasse sowie mit der Weitergabe des Arzt-/Psychotherapeutenverzeichnisses an interessierte Versicherte der Krankenkasse einverstanden. Gleiches gilt für weitere beitretende Krankenkassen sowie für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.
6. Mir ist bekannt, dass eine gleichzeitige Teilnahme und/oder Abrechnung von Leistungen an diesem Vertrag und dem Vertrag zur ergänzenden Früherkennungsuntersuchung mit der BVKJ-S bei ein und demselben Patienten ausgeschlossen ist.

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift