

Teilnahmeerklärung des Hausarztes/des Facharztes

zur Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot U10 und U11
im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin
zwischen
der KV Nordrhein und dem BKK Landesverband NW

(Bitte an die für Sie zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein übersenden)

An:
KV Nordrhein
Bez.-Stelle Düsseldorf
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Fax-Nr. 0211/5970-8574

oder

An:
KV Nordrhein
Bez.-Stelle Köln
Sedanstraße 10-16
50668 Köln
Fax-Nr. 0221/7763-6550

Titel, Name, Vorname: _____

Lebenslange Arzt-Nr.: _____

Betriebsstättennummer: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Fax: _____

E-Mail-Anschrift (optional): _____

- (1) Hiermit erkläre ich meine Teilnahme zur oben genannten Vereinbarung.
- (2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen* der o. g. Vereinbarung für die Teilnahme erfülle.
- (3) Ich werde die Regelungen der Vereinbarung gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen der Vereinbarung geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend gemacht werden dürfen. Die erbrachten Leistungen werden gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt.
- (4) Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an der o. g. Vereinbarung ausgeschlossen werden kann und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.
- (5) Als Kinder- und Jugendarzt erkläre ich mich für die Dauer meiner Vertragsteilnahme damit einverstanden, dass die KV Nordrhein ergänzend zu dem üblichen Verwaltungsbeitrag quartalsweise eine Gebühr in Höhe von 1,7 % der abgerechneten Leistungen vornimmt und diese Gebühr an die BVKJ Service GmbH abführt.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)

*Teilnahmevoraussetzungen (ggf. beifügen, sofern diese der KV Nordrhein nicht bereits vorliegen)
Kopie des Nachweises: 25 Zertifizierungspunkte im Fach Pädiatrie