



Teilnahmeantrag des Hausarztes / des Facharztes

zu den Verträgen über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
U10/U11 im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin
zwischen

der Techniker Krankenkasse / Knappschaft, der AG Vertragskoordinierung
und der bvkJ Service GmbH

(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: _____

BSNr.: _____

LANr.: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Fax: _____

E-Mail-Anschrift (optional): _____

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme zu oben genannten Verträgen.

- (1) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen der o. g. Verträge für die Teilnahme erfülle.
- (2) Hausärzte > Nachweis über die Durchführung von mind. 30 Kindervorsorgen nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Quartale vor Teilnahmebeginn

Nur Vertrag mit der Techniker Krankenkasse:

Fachärzte > Nachweis über abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- u. Jugendmedizin

Bitte Nachweise beifügen, sofern diese der KV Nordrhein noch nicht vorliegen!

- (3) Ich werde die Regelungen der Verträge gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen der Verträge 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 den Verträgen ausgeschlossen werden kann und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.
- (5) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KV Nordrhein ergänzend zu dem üblichen Verwaltungskostenbeitrag quartalsweise eine Teilnahmegebühr in Höhe von 1,7% für die nach diesem Vertrag abgerechneten Leistungen vor nimmt und diese Gebühr an die BVKJ Service GmbH abführt.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)