

Teilnahmeantrag Kinder – und Jugendärzte

zum Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
U 10 und U 11 im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin
zwischen
der KV Nordrhein, der BVKJ Service GmbH und der LKK NRW

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

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

oder

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

Titel, Name, Vorname: _____

BSNr.: _____

LANr.: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Fax: _____

E-Mail-Anschrift (optional): _____

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme zum oben genannten Vertrag.
2. Ich werde die Regelungen des Vertrages gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend gemacht werden dürfen. Die erbrachten Leistungen werden gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt.
3. Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme am Vertrag ausgeschlossen werden kann und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.
4. Ich erkläre mich für die Dauer meiner Vertragsteilnahme unwiderruflich damit einverstanden, dass die KV Nordrhein ergänzend zu dem üblichen Verwaltungskostensatz quartalsweise eine Gebühr in Höhe von 1,7 % für die nach diesem Vertrag abgerechneten Leistungen an die BVKJ Service GmbH für deren Leistungen abführt u. a. kostenlose Zurverfügungstellung der Untersuchungshefte des BVKJ.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)

Teilnaneantrag
des Hausarztes / des Facharztes
zum Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen U 10/U 11
im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin
zwischen
der KV Nordrhein, der BVKJ Service GmbH und der LKK NRW
(Bitte an die für Sie zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein übersenden)

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

oder

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

Titel, Name, Vorname: _____

BSNr.: _____

LANr.: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Fax: _____

E-Mail-Anschrift (optional): _____

- (1) Hiermit erkläre ich meine Teilnahme zum oben genannten Vertrag.
- (2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen des Vertrages für die Teilnahme erfülle.
Hausärzte und Fachärzte:
 - Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal in den letzten vier Abrechnungsquartalen.
Bitte Nachweise beifügen, sofern diese der KV Nordrhein noch nicht vorliegen!
 - jährlicher Nachweis von mind. 25 Zertifizierungspunkten im Fach Pädiatrie
 - 4 bis 6-malige Teilnahme an einem pädiatrischen Qualitätszirkel pro Jahr alternativ Teilnahme an einer zertifizierten Fortbildungsveranstaltung im Fach Pädiatrie der Ärztekammer.
- (3) Ich werde die Regelungen des Vertrages gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages 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 am Vertrag ausgeschlossen werden kann und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.
- (5) Ich erkläre mich für die Dauer meiner Vertragsteilnahme unwiderruflich damit einverstanden, dass die KV Nordrhein ergänzend zu dem üblichen Verwaltungskostensatz quartalsweise eine Gebühr in Höhe von 1,7 % für die nach diesem Vertrag abgerechneten Leistungen an die BVKJ Service GmbH für deren Leistungen abführt u. a. kostenlose Zurverfügungstellung der Untersuchungshefte des BVKJ.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)