





Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen sowie den dem Antrag zugrundeliegenden Vertrag ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

## Teilnahmeerklärung – Anhang



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass Ihnen bei unvollständigen Angaben die Teilnahme an dem Vertrag abgelehnt werden kann.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen.

Ich bestätige, dass ich bei der Tätigkeit die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie ergänzend das Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in der jeweils geltenden Fassung für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.

Ich bin einverstanden mit der Veröffentlichung des Vor- und Zunamens (inklusive akademischer Titel und Adelstitel), der Anrede, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ) der Betriebsstätte, der lebenslangen Arztnummer, der Angabe der Fachgruppe und der Telefonnummer auf einer Arztliste. Ich bin zudem einverstanden mit dem regelmäßigen Austausch dieser Arztliste mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten zwischen KVB und der Krankenkasse, an deren Vertrag ich teilnehme. Zudem bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung der vorgenannten Daten im Rahmen der KVB-Arzttsuche unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de).

Mit ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Erklärung freiwillig erfolgt und jederzeit schriftlich gegenüber der KVB widerrufen werden kann.

Die Teilnahme an diesem Vertrag kann mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Quartals schriftlich gegenüber der KVB gekündigt werden. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist auf dessen Laufzeit begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser endet sowie mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Darüber hinaus endet die Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Wegfall der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen.

Ruht die vertragsärztliche Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.

Informationen zum Thema „Behandlung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Jugendlicher und jungen Volljährigen in interdisziplinären Frühförderstellen sowie interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen (Tagesstätten) finden Sie unter:

<https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/fruehfoerderung-behinderter-kinder>