

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Referat Vertragspolitik & Arzneimittel  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

Fax 0 89 / 5 70 93 – 61218

**Teilnahmeerklärung zu den Verträgen der KVB nach §§ 73c, 140a SGB V  
zur Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung (U10/U11/J2)  
im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin**

**1. Allgemeine Angaben**

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse      Telefonnummer

\_\_\_\_\_

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

## 2. Teilnahmeerklärung

Erklärt wird die Teilnahme an folgenden Verträgen:

<b>Vertrag zur Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung (U10/U11/J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin der*</b>
<b>Techniker Krankenkasse</b>
<input type="checkbox"/> U10 / U11
<input type="checkbox"/> J2
<b>Knappschaft</b>
<input type="checkbox"/> U10 / U11 Knappschaft
<input type="checkbox"/> J2 Knappschaft

\* Gewünschte(n) Verträge/Vertrag bitte ankreuzen!

### Erklärung zur Teilnahme:

- Hiermit erkläre ich, dass ich über die zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen gem. § 5 der o.g. Verträge erforderlichen Fort- und Weiterbildungsnachweise (siehe beiliegendes Merkblatt) verfüge. Auf Verlangen der KVB stelle ich diese Zertifikate als Nachweis zur Verfügung. Ich erkläre, dass ich die KVB unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die geforderten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle.

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrages sowie des beigefügten Merkblattes mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im beigefügten Merkblatt aufgeführten Teilnahmevoraussetzungen sind Bestandteil dieses Antrages.**

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

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

## **Merkblatt über erforderliche Voraussetzungen zur Teilnahme an den Verträgen der KVB nach §§ 73c, 140a SGB V zur Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung (U10/U11/J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin**

### **Zur Teilnahme an den Verträgen U10/U11 sind berechtigt:**

- alle zugelassenen Kinder- und Jugendärzte
- zugelassene Fachärzte, die den Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin erbringen
- Hausärzte, die den Nachweis über die Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien (U1 bis U9) pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale erbringen

### **Zur Teilnahme an den Verträgen J2 sind berechtigt:**

- alle zugelassenen Kinder- und Jugendärzte
- zugelassene Fachärzte, die den Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin erbringen
- Hausärzte, die den jährlichen Nachweis über mindestens 6 Fortbildungspunkte (CME) auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erbringen

## 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 den Verträgen 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 des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften 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 den Krankenkassen, an deren Verträgen ich teilnehme. Zudem bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung der vorgenannten Daten im Rahmen der KVB-Arztsuche 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 diesen Verträgen 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 diese 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.

