

Per Post:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 26-28
28209 Bremen

Per E-Mail:

genehmigung@kvhb.de

Wichtig:

Bitte beachten Sie, dass Ihre
Teilnahmeerklärung erst mit
schriftlicher Bestätigung der
KVHB Wirksamkeit erlangt.

Teilnahmeerklärung Kinderprävention Knappschaft

Teilnahme am Vertrag über die Durchführung einer zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung (J2)
im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin als besonderer
Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V

Antragsteller

Name _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
LANR _____ BSNR _____

Tätig als: Vertragsarzt ☐ angestellter Arzt ☐
Tätig in: Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ MVZ ☐

Fachliche Anforderungen

- ☐ Ich bin Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin.
- ☐ Ich nehme gemäß § 73 Abs. 1a SGB V als Facharzt an der hausärztlichen Versorgung teil und erbringe jährlich den Nachweis, dass ich mich mit mindestens 6 CME-Punkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin fortgebildet habe (Nachweis ist jeweils der KV vorzulegen).

Anerkennung des Vertrags

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an. Bei Nichteinhaltung der Vertragspflichten kann ich von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werden.

In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unaufgefordert und umgehend mit.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/ ggf. Unterschrift
anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter
des MVZ

Stempel