



**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 zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen  
(U10 / U11) 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 den Nachweis von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale (Nachweis ist der KV vorzulegen).
- beantrage die Teilnahme aufgrund von lokalen Sicherstellungsproblemen (Voraussetzung ist die Zustimmung der Vertragspartner).

**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