Anlage 2 Muster-Teilnahmeerklärung Arzt

Kassenärztliche Vereinigung ...
...
...

Gesund schwanger

Teilnahmeerklärung für Ärzte zum „Gesund schwanger"-Vertrag nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ bzw. in einer § 311er Einrichtung tätigen Arzt der Vertretungsberechtigte)

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____

Telefon/Fax _____

Die Antragstellung erfolgt für

☐ **den Antragsteller persönlich** *oder* ☐ **den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt**

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____

Telefon/Fax _____

Zugelassener **Facharzt/Fachärztin für** _____

Tätig als: **Vertragsarzt** ☐ **angestellter Arzt** ☐

Tätig in: **Einzelpraxis** ☐ **Berufsausübungsgemeinschaft** ☐ **MVZ oder Einrichtung nach § 311 SGB V** ☐

Folgende Leistungen sollen bei Teilnahme erbracht werden:

☐ **Risikoscreening, Frühultraschall und Infektionsscreening (SNR xxxxx), (SNR xxxxx), (SNR xxxxx)**

☐ **Laborleistung (SNR xxxxx)**

Erklärung zur Abrechnung der Laborziffer xxxxx

Hiermit erkläre ich, dass ein zur Durchführung und Abrechnung der Laborleistungen nach Anlage 5 des o.g. Vertrags notwendiges gültiges Zertifikat der erfolgreichen Teilnahme an einem Ringversuch Gram-Färbung oder an einem dieses Verfahren inkludierenden Ringversuch, entsprechend den für alle Ärzte gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen, bei Einschreibung in den Vertrag vorliegt und zukünftig eine Abrechnung der Laborleistung nach Anlage 5 nur durchgeführt wird, wenn ein zu diesem Zeitpunkt gültiges Zertifikat vorliegt. Für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gilt dies mit einer Frist von 12 Monaten nach Teilnahmebeginn. Auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung stelle ich die Zertifikate als Nachweis zur Verfügung. Ich erkläre, dass ich die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich darüber informieren werde, wenn ein gültiges Zertifikat nicht mehr vorliegt.

Ich (Antragssteller und der ggf. beim Antragssteller tätige Arzt) erkläre die Teilnahme an o.g. Vereinbarung und verpflichte mich zur Einhaltung der darin getroffenen Regelungen. Ich willige ein, dass meine Adressdaten der GWQ Service plus AG, zur Erstellung eines Teilnehmerverzeichnisses zur Weiterleitung an die teilnehmenden Krankenkassen über das GWQ-Portal sowie an die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung, zur Verfügung gestellt werden und innerhalb eines Teilnehmerverzeichnisses auf den Internetseiten der teilnehmenden Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlicht werden.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Vertragsarzt

_____ _____
Ort, Datum ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel

MUSTER