

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

→ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Teilnahmeerklärung
zu den Verträgen nach § 73c (§140a SGB V) zur Durchführung einer Früherkennungs-
untersuchung (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

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

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:

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

* Gewünschte(n) Verträge/Vertrag bitte ankreuzen!

2. Teilnahmevoraussetzungen (§ 5 der jeweiligen Verträge)

U 10/ U 11 / J2
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendarzt

oder

U 10/ U 11 / J2
<input type="checkbox"/> Facharzt mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin


oder

Für Hausärzte:
U10/ U11:
<input type="checkbox"/> Hausarzt mit folgendem Nachweis: Ich habe mindestens 30 Untersuchungen pro Quartal zur Früherkennung von Krankheiten nach der Kinder-Richtlinie des G-BA (U2-U9) innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale vor Antragstellung erbracht. Die KVB überprüft dies anhand meiner Abrechnung. Weitere Nachweise lege ich dem Antrag bei.
J2:
<input type="checkbox"/> Hausarzt mit folgendem Nachweis: Fortbildung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin durch Erlangung von 6 Fortbildungspunkten innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung . Einen entsprechenden Nachweis lege ich bei.
und
<input type="checkbox"/> Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Fortbildung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin durch Erlangung von 6 Fortbildungspunkten jährlich .

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrages mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen sowie die dem Antrag zugrundeliegenden Verträge 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 tätigen Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
Kinder- und Jugendärzte:		
1) Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der Facharztanerkennung „Kinder- und Jugendmedizin“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärzte mit einer Weiterbildung:		
2) Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen einer Facharztanerkennung sowie einer abgeschlossenen Weiterbildung auf dem Gebiet der „Kinder- und Jugendmedizin“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte:		
3) Urkunde der Ärztekammer im Gebiet der Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Nachweis von mindestens 30 Untersuchungen pro Quartal (U2-U9) innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Nachweis von 6 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahmeerklärung – Anhang



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Vorsorgeuntersuchungen nach den vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (bvki) definierten Inhalten:

U 10 (7 bis 8 Jahre): Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, Medienverhalten

U 11 (9 bis 10 Jahre): Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, Medienverhalten, Pubertätsentwicklung

J 2 (16 bis 17 Jahre): Medizinische Risiken: Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes, Körperhaltung und Fitness, Sozialisations- und Verhaltensstörungen. Entwicklung der Sexualität, Medienverhalten, Umgang mit Drogen

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. 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-Arztuche unter 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 diesen Verträgen 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 diesen Verträgen mit dem Wegfall der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen.

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