

Teilnahmeerklärung
für
Haus-/Fachärzte (gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte)

zur Vereinbarung
über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen

(J 2)

zwischen der **Knappschaft**, der **Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination** sowie
der **bvkj.Service GmbH**

KV RLP

Postfach 2567
55015 Mainz

oder Telefax: 06131 326 327

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jeder Arzt der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Erklärung an KV RLP senden.
--

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o. g. Vertrag.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der o. g. Vereinbarung informiert.

Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen der o. g. Vereinbarung als teilnehmender Arzt erfülle und

bin hausärztlich tätig und verpflichte mich, kalenderjährlich den Nachweis über 6
Fortbildungspunkte auf dem Gebiet der Jugendmedizin unaufgefordert der
Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, Abteilung Qualitätssicherung
einzureichen (*jeweils bis zum 31.01. des Folgejahres*)

Ich werde die Regelungen der Vereinbarung gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen der Vereinbarung geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend gemacht werden dürfen. Die erbrachten Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz abgerechnet.

Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an der o. g. Vereinbarung ausgeschlossen und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.

Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel

Name des Teilnehmers (Druckbuchstaben)