

**Gebühreneinverständniserklärung**  
**zum Vertrag zur integrierten von Kindern und Jugendlichen**  
**mit Neurodermitis in Hamburg**  
**zur Anlage 5a**

des/der Vertragsarztes/-ärztin

Name, Vorname .....  
Lebenslange Arztnummer .....  
Betriebsstättennummer .....  
Anschrift .....  
.....

Als teilnehmende(r) Vertragsarzt/-ärztin zum

**Vertrag zur Integrierten Versorgung**  
**von Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis in Hamburg**

zwischen

- der BVKJ-Service GmbH,
- Herrn Dr. med. Stefan Renz,
- dem Berufsverband der Dermatologen,
- dem katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH,
- der Rehabilitationsfachklinik für Mutter und Kind AOK-Nordseeklinik auf Amrum
- und der AOK Rheinland/Hamburg.

erkläre ich mich für die Dauer meiner Vertragsteilnahme unwiderruflich damit einverstanden, dass von dem von mir in diesem Rahmen erarbeiteten Honorar eine Gebühr von 1,7 % an die BVKJ Service GmbH abgeführt wird. Die Zahlung erfolgt durch Direktabzug von dem sich ergebenden Honoraranspruch und wird unmittelbar von der die Abrechnung durchführenden Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für die Vertragspartner einbehalten.

....., den

.....

Stempel:

Vertragsarzt/-ärztin