



Vertragsnummer: 302 002

**Vertrag nach § 73c SGB V  
über die Durchführung eines  
ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens  
- in der Fassung des 4. Nachtrages ab 25. Mai 2018 -**

zwischen der  
**Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**  
Humboldtstr. 56  
22083 Hamburg  
*(nachstehend als „KV Hamburg“ bezeichnet)*

und der

**Techniker Krankenkasse**  
Bramfelder Straße 140  
22305 Hamburg  
*(nachstehend als „TK“ bezeichnet)*

## **Präambel**

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs aber auch die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

Mit diesem Vertrag verfolgen die TK und die KV Hamburg vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personengruppen (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen.

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren ergänzend zur Hautkrebsvorsorge im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bei Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Ärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebserkrankungen zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

## **§ 1 - Geltungsbereich des Vertrages**

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Hamburg.

## **§ 2 - Anspruchsberechtigter Personenkreis**

1. Anspruchsberechtigt sind alle zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der TK versicherten Personen ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres.
2. Die TK informiert ihre Versicherten hierüber in geeigneter Weise. Die Teilnahme der Versicherten an diesem Versorgungsangebot ist freiwillig. Die Versicherten erklären schriftlich ihre Teilnahme mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1 zu dieser Ergänzungsvereinbarung. Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit mit einer Frist von vier Wochen zum, Quartalsende gekündigt werden. Er darf für die vereinbarte Leistung nur vertraglich gebundene Leistungserbringer in Anspruch nehmen bzw. andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.

3. Die zur Durchführung berechtigten Vertragsärzte übermitteln der KV Hamburg am Quartalsende die vom Patienten unterzeichneten Teilnahmeerklärungen. Die KV Hamburg leitet diese an die Annahmestelle gemäß Anlage 2 weiter.

### **§ 3 - Zur Durchführung berechnigte Vertragsärzte**

1. Zur Durchführung der Untersuchung gem. § 4 dieses Vertrages sind im Bereich der KV Hamburg zugelassene, in einer Praxis angestellte, in einem MVZ tätige Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten berechnigt.
2. Zusätzlich muss der Arzt an einer zertifizierten Fortbildung für das Hautkrebsscreening entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung teilgenommen haben.
3. Die KV Hamburg informiert alle betreffenden Vertragsärzte über diesen Vertrag. Die Teilnahme des Vertragsarztes ist freiwillig. Der Vertragsarzt erklärt seine Teilnahme an dieser Vereinbarung durch seine Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 3). Die Teilnahmeerklärung kann mit anderen Teilnahmeerklärungen aus Hautkrebs-Vorsorgeverträgen mit anderen Krankenkassen von der KV Hamburg zur Verwaltungsvereinfachung auf einer Teilnahmeerklärung zusammengeführt werden und von der KV Hamburg ohne weitere jeweilige Vertragsanpassungen aktualisiert werden.
4. Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme an dem Vertrag mit einer Frist von vier Wochen schriftlich zum Quartalsende kündigen. Die KVH stellt der TK einmal je Quartal eine Liste der teilnehmenden Ärzte zur Verfügung.

### **§ 4 - Umfang des Leistungsanspruchs**

1. Der anspruchsberechtigte Personenkreis (§ 2 dieses Vertrages) hat alle zwei Jahre Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (§ 3 dieses Vertrages); diese umfasst
  - a) Information der Versicherten zum Versorgungsangebot und zur Anspruchsberechtigung,
  - b) die Anamnese,
  - c) eine körperliche Untersuchung (ohne Auflichtmikroskopie / Dermatoskopie; Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute - Gesamthautuntersuchung),
  - d) die erstmalige Hauttypbestimmung,
  - e) die vollständige Dokumentation.

2. Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen; dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweise hinzuweisen.
3. Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.
4. Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.
5. Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten - mit Einverständnis der Patientin / des Patienten - dem/den weiterverhandelnden Arzt/Ärzten zur Verfügung zu stellen.

## **§ 5 - Abrechnung und Vergütung**

1. Abrechnungs- und vergütungsfähig sind die in § 4 aufgeführten ärztlichen Leistungen, wenn sie im Rahmen dieser Vereinbarung vollständig erbracht werden.
2. Die erbrachten Leistungen gem. § 4 sind von den Vertragsärzten über die KV Hamburg abzurechnen. Dabei ist die Abr.-Nr. 94502 zu verwenden. Die Abrechnungsnummer ist alle zwei Jahre berechnungsfähig. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen.
3. Eine Abrechnung der GOP 01745 EBM neben der Abr.-Nr. 94502 ist im gleichen Behandlungsfall ausgeschlossen.
4. Die im Rahmen dieser Vereinbarung abrechenbaren Leistungen werden über Pauschalvergütungen abgegolten. Die TK entrichtet zur Abgeltung der erbrachten ärztlichen Leistungen an die KV Hamburg jeweils eine Pauschale in Höhe von 25,00 € pro Fall (Abr.-Nr. 94502). Damit ist eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ ausgeschlossen.
5. Der Vergütungsanspruch des Arztes gegen die TK besteht auch dann, wenn der Arzt erst nach vollständiger Leistungserbringung vom Widerruf der Teilnahme des Versicherten nach § 73c SGB V Kenntnis erlangt.
6. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V.
7. Die KV Hamburg stellt der TK die Erstattung der nach Abs. 3 abgerechneten Vergütungen zusätzlich zur Gesamtvergütung in Rechnung. Das Honorarvolumen für die Vergütung der Leistungen dieses Vertrages wird detailliert nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern im Formblatt in der Kontenart 521 und 522 in Ebene 3, Kapitel 90 - Regionale Verträge, Ebene 4, Abschnitt 1 - Hautkrebscreening als Summe sowie in Ebene 6 je Abr.-Nr. ausgewiesen.

8. Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KV Hamburg.

## **§ 6 - Datenschutz**

1. Die Vertragspartner verpflichten sich, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung, der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vereinbarungsverhältnisses bestehen.
2. Die Erhebung, Verarbeitung (insbesondere Übermittlung) und Nutzung personenbezogener Daten bedarf der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite, der ihn betreffenden Datenerhebung und -Verarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten durch den Arzt aufgeklärt.
3. Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahme- bzw. Einwilligungserklärung durch einen Versicherten werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten, die für die Aufgabenerfüllung benötigt und erhoben werden, gelöscht. Die medizinischen Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

## **§ 7 - Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.

## **§ 8 - Inkrafttreten und Kündigung**

1. Diese Vereinbarung tritt ab 1.3.2010 in Kraft.

2. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Quartalsende und ist frühestens zum 31.12.2010 möglich.

Hamburg, den 11.03.2010

# TK-Angebot zur "Besonderen Versorgung"



## Hautkrebsfrüherkennung in Hamburg

### Information für Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der "Besonderen Versorgung" interessieren.

#### **Hautkrebs-Screening - Ihr genereller Anspruch**

Grundsätzlich können Versicherte ab 35 Jahren eine Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung jedes zweite Jahr in Anspruch nehmen: bei hausärztlich tätigen Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internistinnen bzw. Internisten, Praktischen Ärztinnen und Ärzten, Ärztinnen und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung und bei Dermatologinnen bzw. Dermatologen.

#### **Hautkrebs-Screening - Ihr zusätzlicher Anspruch**

Ihre Techniker und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg haben eine ergänzende vertragliche Regelung im Rahmen der "Besonderen Versorgung" geschlossen.

TK-Versicherte können ein Hautkrebs-Screening (Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs) vor 35 Jahren wie folgt beanspruchen:

- ab 15 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren
- jedes zweite Jahr einmal
- bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dermatologen), die an unserem Versorgungsangebot teilnehmen.

Die Untersuchung zur Hautkrebsfrüherkennung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.

Für die Untersuchung entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

#### **Wie läuft die Hautkrebs-Untersuchung ab?**

Die Ärztin bzw. der Arzt erhebt beim Screening die Krankengeschichte, begutachtet die Haut gründlich von Kopf bis Fuß und bespricht das Ergebnis mit Ihnen.

Auffällige Hautveränderungen werden, soweit noch nicht geschehen, durch eine Hautärztin bzw. einen Hautarzt untersucht.

Um zuverlässig Hautkrebs erkennen zu können, sichert eine Gewebeprobe die Diagnose ab.

Alle Leistungsinhalte werden Ihnen verständlich und ausführlich von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt erläutert.

#### **Datenübermittlung für Abrechnungszwecke**

Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt beauftragt auf Grundlage von § 295a SGB V die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg mit der Abrechnung der erbrachten Untersuchung.

Umseitig erhalten Sie Informationen, welche Daten von der Arztpraxis hierfür an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden.

Soweit Sie mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

#### **So können Sie teilnehmen**

Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der umseitigen Teilnahmeerklärung.

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen.

Konkrete Adressangaben finden Sie in der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die Krankenkasse absenden.

#### **Bindungsfrist**

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Sie sind bis zum Abschluss der ärztlichen Vorsorgeuntersuchung an die Arztpraxis gebunden.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Anlass hierfür kann vorliegen, wenn z. B. Ihr Zutrauen in die Behandlung nicht mehr vorhanden oder Ihr Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) zuzusenden.

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an diesem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Untersuchung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung von Erkrankungen können Sie weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

[bitte wenden](#)

## Umgang mit Ihren Daten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen.

Ihre Teilnahmedaten werden bei der Techniker Krankenkasse regelmäßig sechs Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf [www.tk.de](http://www.tk.de) - bitte geben Sie zum Öffnen der Seite den Webcode **2019572** in das **Suchfeld** ein. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: [datenschutz@tk.de](mailto:datenschutz@tk.de).

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) oder [poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de).

## Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer **0800 - 285 85 85**.

Weitere Informationen über die Hautkrebsfrüherkennung oder weitere TK-Vorsorgeleistungen erhalten Sie bei Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt.

Auf [www.tk.de](http://www.tk.de) informieren wir ausführlich über die Hautkrebsfrüherkennung. Geben Sie als **Suchbegriff** einfach den Webcode **2019070** ein. Zudem informieren wir Sie auf [www.tk.de](http://www.tk.de) über unsere Leistungen zur Prävention und Früherkennung - **Suchbegriff** ist der Webcode **2003564**.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

per Telefax an: **040 - 46 06 62 62 79**

oder per Post an:

Techniker Krankenkasse  
Stichwort "HKS"  
22291 Hamburg



**Vertragsnummer:**

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Hautkrebsfrüherkennung in Hamburg

### Ich erkläre hiermit meine Teilnahme.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der "Besonderen Versorgung" untersucht werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligte Ärztin bzw. den beteiligten Arzt informiert. Mit der ärztlichen Untersuchung durch die beteiligte Ärztin bzw. den beteiligten Arzt bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Für die Untersuchung bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligte Ärztin bzw. den beteiligten Arzt gebunden. In der "Information für Versicherte" wird das Untersuchungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der "Information für Versicherte" einverstanden.**

### Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten

Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. **Ich habe jederzeit das Recht**, die Daten über mich bei meiner behandelnden Ärztin bzw. bei meinem behandelnden Arzt einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten nach sechs Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf [www.tk.de](http://www.tk.de) - Aufruf durch Eingabe des Webcodes 2019572 im Suchfeld. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der Techniker Krankenkasse: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg; (E-Mail) [datenschutz@tk.de](mailto:datenschutz@tk.de).

### Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

**Ich bin damit einverstanden**, dass die behandelnde Arztpraxis meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogenen Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen und Versichertenstatus), Kontaktdaten, Teilnahmedaten (Art der Inanspruchnahme und Behandlungstag) sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten (Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operationen- und Prozedurenschlüssel, OPS, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD-10-GM) sowie Vertragsdaten an die mit der Abrechnung beauftragte, jeweils zuständige Bezirksgeschäftsstelle der folgenden Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt:

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

### Widerrufsmöglichkeiten

**Ich kann meine Teilnahme beenden, indem ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München; oder E-Mail an [service@tk.de](mailto:service@tk.de); oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufe. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die Techniker Krankenkasse absende.**

Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme unabhängig davon jederzeit in Textform beenden.

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen - schriftlich (vgl. oben genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. oben genannte Fax- und E-Mail-Angaben). Dies hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung von Erkrankungen kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) und des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten oder bei dessen gesetzlicher Vertretung)	Vertragsarztstempel
--	---------------------

Annahmestelle für die Teilnahmeerklärungen nach Anlage 1 ist die

Techniker Krankenkasse  
Stichwort "73c"  
22291 Hamburg

### Anlage 3

#### **Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Hamburg und der TK**

Hiermit erkläre ich, an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

(1) Ich bin über die Ziele und den Inhalt der o. g. Vereinbarung informiert.

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

(3) Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.

(4) Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Vertrag im Falle von Vertragsverstößen von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit sofortiger Wirkung widerrufen werden kann,
- meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich widerrufen werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang des Widerrufs bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

Mit der regelmäßigen Weitergabe einer Liste der Teilnehmer des Vertrages an die TK und der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum Unterschrift

---

Vertragsarztstempel

**Die erforderlichen Nachweise sind beigelegt.**

**Wichtig:**

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!