

Anlage 2

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

Vertrag „BKK Arztprivat“



Wahltarif zur Kostenerstattung für ambulante
vertragsärztliche Behandlung bei BKK-Versicherten

Name:		Vorname:		
Anschrift:				
Tel.:		Fax:		
Email:				
Bankverbindung				
Fachrichtung:				
Praxisbesonderheiten				

- Ja, ich möchte meine Vergütung auf dem Wege der Kostenerstattung erhalten und erkläre die Teilnahme an dem Vertrag zum Wahltarif für Kostenerstattung.

Die Kostenerstattung im Sinne des Wahltarifs „BKK Arzt privat - Kostenerstattung für die ambulante vertragsärztliche Behandlung“ will ich für meine Praxis als zukunftsichernde Möglichkeit nutzen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrags

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

- die Abrechnung der Leistungen max. in Höhe der in der Anlage 4 des Vertrages dargestellten GOÄ-Sätze möglich ist,
- die Rechnungsstellung der erbrachten Leistungen nicht gegenüber dem Patienten selbst, sondern gem. dem Datensatzschema nach Anlage 3 über die Abrechnungsstelle erfolgt,
- erforderliche Vordrucke (z. B. Rezepte, AU-Bescheinigungen, Reha-Verordnungen) weiterhin gem. Bundesmanteltarif für Ärzte (Vordruckvereinbarung) ausgestellt werden,
- soweit für die Patienten Leistungen im Rahmen geltender Verträge außerhalb bestehender Gesamtvertraglicher Regelungen z. B. nach §§ 140a ff, 73b u. 73c SGB V erbracht werden, diese

Leistungen nicht im Rahmen der Kostenerstattung, sondern im Rahmen der in den jeweiligen Selektiv-Verträgen geregelten Bedingungen mit den zuständigen Krankenkassen abgerechnet werden.

Ich willige ein, dass meine Teilnahme an dem Vertrag unter Angabe der o.g. persönlichen Daten dem BKK Landesverband NORD, den beigetretenen Betriebskrankenkassen und deren Mitglieder einschließlich der Familienangehörigen bekannt gegeben wird. Dies schließt ggf. die Veröffentlichung im Internet mit ein.

Datum, Unterschrift

Praxisstempel