

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Freiburg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

Absender/Stempel

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

## Teilnahmeerklärung Arzt

an der Vereinbarung über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 73c SGB V bzw. § 83 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der DAK-Gesundheit, der mhplus BKK sowie der Schwenninger BKK

Titel, Vorname, Name

LANR

BSNR

Ich beantrage die Teilnahme an o. g. Verträgen für Versicherte folgender Krankenkassen:

Kasse	Teilnahme
DAK-Gesundheit nach § 73c SGB V	<input type="checkbox"/>
mhplus BKK nach § 83 SGB V	<input type="checkbox"/>
Schwenninger BKK nach § 83 SGB V	<input type="checkbox"/>

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an den oben genannten Vereinbarungen.
2. Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen zur Teilnahme an den o. g. Verträgen erfülle.
3. Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an der o. g. Versorgung ausgeschlossen werden kann.

## Teilnahmevoraussetzungen

- zugelassener oder ermächtigter Hausarzt nach § 73 Abs. 1a SGB V

und/oder

- zugelassener oder ermächtigter Arzt mit Zusatzbezeichnung Diabetologie

und/oder

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Diabetologie oder Endokrinologie

und

- Betreuung von mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-) im Quartal

und

- regelmäßige Fortbildung zu den besonderen Untersuchungstechniken, die im Rahmen dieses Vertrags zur Anwendung kommen

und

- erforderliche apparative Ausstattung für die gerätegestützten Untersuchungen ist vorhanden bzw. die gerätegestützten Untersuchungen werden durch Überweisung beauftragt

**Die Teilnahme erfolgt zum ersten Tag des Quartals, in dem die Teilnahmeerklärung bei der Annahmestelle eingeht.**

**Ich stimme der Veröffentlichung meiner Teilnahme in der KVBW-Arztsuche unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisinhaber/Leiter MVZ

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt

Den Vertrag und weitere Informationen zu diesem Versorgungskonzept finden sie auf der Homepage der KVBW unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Diabetes.