

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Stuttgart  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Ina Berg | Telefon 0711 7875-3291 | Fax 0711 7875-483835 | ina.berg@kvbawue.de

## Teilnahmeerklärung

### auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 Techniker

Hinweis: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin dürfen die Leistungen nur bei Versicherten der Knappschaft ohne Genehmigung abrechnen

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie erklären die Teilnahme für:

- sich als bereits zugelassener/ermächtigter Arzt/Psychotherapeut, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeut:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassener/ermächtigter Arzt/Psychotherapeut, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:  
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

### **Einverständniserklärung:**

Ich versichere, dass die in diesem Formular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

### **Hinweis**

Die Teilnahme an diesem Vertrag beginnt in dem Quartal, in welchem Sie die schriftliche Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg erhalten.

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

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

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

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.