



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

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

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

<b>Absender/Stempel</b>
-------------------------

## Antrag

### Teilnahmeerklärung für Ärzte zum "Gesund schwanger"-Vertrag nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten

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 beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

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

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, 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/genuehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß dem derzeit gültigen Vertrag erbringen und abrechnen zu dürfen.

### **Folgende Leistungen sollen bei Teilnahme erbracht werden:**

- Risikoscreening, Frühultraschall und Infektionsscreening  
Abrechnungsnummer: 81300 - 81302
- Laborleistung  
Abrechnungsnummer: 81303

### **Erklärung zur Abrechnung der Laborziffer**

Hiermit erkläre ich, dass ein zur Durchführung und Abrechnung der Laborleistungen nach Anlage 5 des o.g. Vertrags notwendiges Zertifikat der erfolgreichen Teilnahme an einem Ringversuch Gram-Färbung oder an einem dieses Verfahren inkludierenden Ringversuchs, entsprechend den für Ärzte gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen, bei Einschreibung in den Vertrag vorliegt und Zukünftig eine Abrechnung der Laborleistung nach Anlage 5 nur durchgeführt wird, wenn ein zu diesem Zeitpunkt gültiges Zertifikat vorliegt. Für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gilt dies mit einer Frist von 12 Monaten nach Teilnahmebeginn. Auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung stelle ich die Zertifikate als Nachweise zur Verfügung. Ich erkläre, dass ich die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich darüber informieren werde, wenn ein gültiges Zertifikat nicht mehr vorliegt.

### **Erklärung**

Ich (Antragssteller und der ggf. beim Antragssteller tätige Arzt) erkläre die Teilnahme an o.g. Vereinbarung und verpflichte mich zur Einhaltung der darin getroffenen Regelungen. Ich willige ein, dass meine Adressdaten der GWQ Service plus AG, zur Erstellung eines Teilnehmerverzeichnisses zur Weiterleitung an die teilnehmenden Krankenkassen über das GWQ-Portal sowie an die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination, zur Verfügung gestellt werden und innerhalb eines Teilnehmerverzeichnisses auf den Internetseiten der teilnehmenden Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlicht werden.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

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

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

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut