

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 des Frauenarztes

### Vertrag nach § 140 a Abs. 1 SGB V über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren "Willkommen Baby"

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.

### Akupunkturleistungen:

Ich erbringe Akupunkturleistungen:

- Ja
- Nein

Der dafür erforderliche Nachweis einer Zusatz-Weiterbildung "Akupunktur" (Grundqualifikation / A-Diplom bzw. Zusatzweiterbildung der LÄK BW) ist

beigelegt

und/oder

liegt der KVBW vor

### Zusatzweiterbildung "Akupunktur" (Nachweis(e) erforderlich)

Zertifikat vom (Datum)

Zertifikat ausgestellt durch  
(Name Institution, Ort)

### Erklärung

Ich erfülle die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag Willkommen Baby und verpflichte mich, die Vertragsinhalte umzusetzen.

Ich bin einverstanden mit:

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisadresse und Telefonnummer im Leistungsverzeichnis der KVBW
- der Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der KVBW und
- der Veröffentlichung meiner Praxisdaten (Name, Anschrift, Telefon, Telefax und optional der E-Mail-Adresse und Praxis-Website (URL) auf der Homepage der DAK-G ([www.dak.de/dakspezialistennetzwerk](http://www.dak.de/dakspezialistennetzwerk))

## 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