

Plattform Ernährung und Bewegung e. V.  
Postfach 101136  
70010 Stuttgart

**Absender/Stempel**

## Teilnahmeerklärung des Arztes

**Vertrag nach § 140 a SGB V über die Erbringung präventiver Beratungsleistungen im Projekt „Gemeinsam gesund: Vorsorge plus für Mutter und Kind“ (GeMuKi)**

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 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:

[Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Genehmigungspflichtige Leistungen](#)

Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen.

- als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Ich bin in folgender Region von Baden-Württemberg niedergelassen:

### **Interventionsregionen:**

- Ortenaukreis
- Mannheim + Heidelberg + Rhein-Neckar-Kreis
- Stuttgart + Lkr Esslingen
- SKr Heilbronn + Lkr Heilbronn
- Lkr Ludwigsburg

### **Kontrollregionen:**

- Ostalbkreis
- Freiburg im Breisgau + Lkr Breisgau Hochschwarzwald
- SKr Karlsruhe + Lkr Karlsruhe
- Pforzheim + Enzkreis
- Lkr Böblingen

### **Erklärung**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Voraussetzung für die Teilnahme in einer Interventionsregion die im Rahmen von GeMuKi angebotene Beratungsschulung ist.

Ich erfülle die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag "GeMuKi" und verpflichte mich, die Vertragsinhalte umzusetzen.

Ich bin einverstanden mit:

- der Veröffentlichung meiner persönlichen Daten in der Arztsuche der KVBW

- der Übermittlung meiner Daten durch die KVBW an das evaluierende Institut (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) am Universitätsklinikum Köln) gem. § 11 des Vertrages

## Hinweis

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung beginnt mit Eingang der Teilnahmeerklärung bei der KVBW, sofern der KVBW alle erforderlichen Unterlagen 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 Antragssteller

\_\_\_\_\_  
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 Antragssteller

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