

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

Fax: 0711 7875-483838
(Bitte senden Sie beide Seiten zusammen!)

Absender/Stempel

Teilnahmeerklärung Arzt

an der Vereinbarung über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie zwischen der KVBW und der DAK-G (gilt auch für KKH und TK)

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

- für mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- für diese/n Angestellte/n

_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Datum Tätigkeitsaufnahme	

_____	_____
E-Mail	Telefon

Wohnanschrift

_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbawue.de/hypertonie-genehmigung

Ich beantrage, folgende Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen:

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der oben genannten Vereinbarung. {HYV1}

Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem o. g. Vertrag erfülle.

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 § 95 SGB V

oder

- Facharzt für Innere Medizin (hausärztlicher Bereich)

und

- Betreuung von mindestens 30 Patienten mit Hypertonie (I10 - I13) 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 beginnt ab dem Tag, an dem die Teilnahmeerklärung vollständig ausgefüllt bei der Annahmestelle eingeht. Bitte beachten Sie, dass kein Bescheid ergeht.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Teilnahme in der KVBW-Arztsuche unter www.arztsuche-bw.de zu.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code