

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Teilnahmeerklärung des Arztes

Vertrag nach §140 a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zwischen der KV Baden-Württemberg und der IKK classic

Hinweis: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragstellung oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als zugelassener 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

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>

Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage Leistungen gemäß dem zwischen der KVBW und der IKK classic abgeschlossenen Vertrag in seiner derzeit gültigen Fassung erbringen und abrechnen zu dürfen.

- als Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin hausärztlich
- als Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
- als Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pulmologie
- als Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
- als Facharzt mit dem Nachweis einer mind. 12-monatigen Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung

Erklärung

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

Ich bin einverstanden mit:

- der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten in der Arztsuche der KVBW
- der Übermittlung meiner Daten durch die KVBW an die IKK classic im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses

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 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

Unterschrift angestellter Arzt