

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

E-Fax: 0711 7875-483925

Absender/Stempel

Teilnahmeerklärung

zur Anerkennung als radiologische Corona-Schwerpunktpraxis (CSP)

Antragstellende Praxis:

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Standort der Corona-Schwerpunktpraxis (bitte auswählen)

- Hauptbetriebsstätte |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- Genehmigte Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Erklärung

Ich erkläre mich bereit,

- bei Verdacht auf eine Pneumonie, ausgelöst durch das Coronavirus SARS-CoV-2, die bildgebende Diagnostik zu übernehmen. Für solche Patienten stelle ich so kurzfristig wie möglich CT-Termine zur Verfügung.
- dass die Eigenschaft als radiologische Corona-Schwerpunktpraxis in der Ärztsuche und auf der Homepage veröffentlicht wird

Hinweis

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung beginnt mit Eingang der Teilnahmeerklärung bei der KVBW.

Bitte beachten Sie, dass Sie nur zur Einschätzung des Schweregrads und Verlaufs bei Patienten mit durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachter Lungenentzündung als Corona-Radiologie-Praxis tätig sein dürfen.

PLZ

Ort

Datum |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Unterschrift Antragsteller

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es sind selbstverständlich stets Menschen jeder Geschlechtsidentität gemeint.