

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Teilnahmeerklärung

des Arztes am Innovationsfondsprojekt OrthoKids

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

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



Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
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 TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

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

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

Teilnahmevoraussetzungen

- Facharzt für Orthopädie {OKI1}
oder
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie {OKI1}
oder
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin {OKI1}

E-Mail für die Anlage des Nutzerkontos in der OrthoKids-Plattform (zwingend erforderlich)



Erklärung

1. Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen zur Teilnahme am Innovationsfondprojekt OrthoKids gemäß den Teilnahme- und Förderbedingungen erfülle.
2. Ich erkenne die Inhalte der Teilnahme- und Förderbedingungen als für mich verbindlich an und setze sie um.
3. Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Verstößen gegen die Teilnahme- und Förderbedingungen von einer weiteren Teilnahme am Innovationsfondsprojekt OrthoKids ausgeschlossen werden kann.

Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden mit:

- der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten in der Arztsuche der KVBW, auf der Projektinternetseite von OrthoKids und in der OrthoKids-App
- der Anlage eines Nutzerkontos in der OrthoKids-Plattform
- der Weitergabe meiner Teilnahmeinformationen und Kontaktdaten an die Projektpartner von OrthoKids
- der Weitergabe meiner Teilnahmeinformationen und Kontaktdaten an potenzielle Projektteilnehmer (Kinder und deren Eltern bzw. Erziehungsberechtigte) und vermittelnde Einrichtungen (z. B. Schulen, Sportvereine, Gesundheitsamt, Kultusministerium)

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Hinweis

Die Teilnahme kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Teilnahme erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

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 KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

