

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Beitrittserklärung Arzt/Psychotherapeut

zur Vereinbarung über ergänzende Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Techniker Krankenkasse Stuttgart

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/kinder-kranker-eltern
Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern {KKE1}

Teilnahmevoraussetzungen (bitte ankreuzen)

- Praxissitz in Baden-Württemberg mit Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg als
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
 - psychologischer Psychotherapeut mit der Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen
 - Kinder- und Jugend-Psychiater mit der Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie
 - Kinder- und Jugendärzte mit der Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie
 - Ärztlicher Psychotherapeut mit der Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen



Erklärung

1. Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur o. g. Vereinbarung.
2. Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen im o. g. Vertrag zum Beitritt als teilnehmender Arzt oder Psychotherapeut erfülle.
3. Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an der o. g. Versorgung ausgeschlossen werden kann.

Einverständniserklärung

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Teilnahme in der KVBW-Arztliste unter www.kvbawue.de zu. Ebenso stimme ich der Veröffentlichung meiner Teilnahme auf einer Arztliste im geschützten Bereich der Homepage der TK zu.

Hinweis

Die Erteilung der Genehmigung erfolgt zu dem Tag, an dem die Teilnahmeerklärung bei der Annahmestelle ein- geht.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut