

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

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto: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](http://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](http://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