Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Postfach 10 02 28
79121 Freiburg

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

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-Arztsuche 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 eingeht.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut