

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

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

# Teilnahmeerklärung Arzt

an der Vereinbarung über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 37 SGB V a. F. bzw. § 140a SGBV zwischen der KVBW und der DAK-Gesundheit, KKH (gilt auch für TK und HEK) sowie der BKK VAG

## 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/diabetes-mellitus-vertrag](http://www.kvbawue.de/diabetes-mellitus-vertrag)

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

DAK-Gesundheit {DMV1}

KKH – Kaufmännische Krankenkasse {DMV4}

Gilt auch für:

TK – Techniker Krankenkasse

HEK – Hanseatische Krankenkasse

BKK VAG {DMV5}

### Teilnahmevoraussetzungen

zugelassener oder ermächtigter Hausarzt nach § 73 Abs. 1 SGBV

und/oder

zugelassener oder ermächtigter Arzt mit Zusatzbezeichnung Diabetologie



und/oder

Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Diabetologie oder Endokrinologie

und

Betreuung von mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-) im Quartal

und

regelmäßige Fortbildung zu den besonderen Untersuchungstechniken, die im Rahmen dieses Vertrags zur Anwendung kommen

und

erforderliche apparative Ausstattung für die gerätegestützte Untersuchung ist vorhanden bzw. die gerätegestützte Untersuchungen werden durch Überweisung beauftragt.

## Einverständniserklärung

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an den o. g. Vereinbarungen.
2. Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen zur Teilnahme an den o. g. Verträgen erfülle.
3. Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme an der o. g. Versorgung ausgeschlossen werden kann.
4. Ich stimme der Veröffentlichung meiner Teilnahme und meiner Kontaktdaten in der KVBW-Arztsuche unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) zu.

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 erfolgt zum ersten Tag des Quartals, in dem die Teilnahmeerklärung bei der KVBW eingeht.

---

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