

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

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

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, der KKH (gilt auch für TK und HEK) sowie dem BKK Landesverband Süd

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



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

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:	
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> _____ </div> 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

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 Landesverband Süd {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 gerätegestützten Untersuchung ist vorhanden bzw. die gerätegestützten 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 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