

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Erklärung

**über die Teilnahme und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Verträge nach § 73c SGB V bzw. § 140a SGBV über die Durchführung von ergänzenden Hautkrebs-Screening-Maßnahmen
(nur für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten)**

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/hks

Ich beantrage die Teilnahme an den Verträgen für Versicherte folgender Krankenkassen:

- | | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | AOK BW (nach § 140a SGB V)
Hautkrebsscreening, GOP 99841, 25,00 €
Auflichtmikroskopie, GOP 99842, 6,00 € | {HKZ1} |
| <input type="checkbox"/> | Barmer GEK (nach § 73c SGB V)
Hautkrebsscreening, GOP 99841, 25,00 € | {HKZ2} |
| <input type="checkbox"/> | BKK VAG (nach § 73c SGB V)
(teilnehmende BKKen siehe www.kvbawue.de/hks/)
Hautkrebsscreening, GOP 99841, 27,00 €
Auflichtmikroskopie, GOP 99842, 6,00 € | {HKZ3} |
| <input type="checkbox"/> | Bosch BKK (nach § 73c SGB V)
Hautkrebsscreening, GOP 99841, 25,00 € | {HKZ4} |
| <input type="checkbox"/> | Daimler BKK (nach § 140a SGB V) - ab 01.10.2022 Mercedes-Benz BKK
gilt auch für beigetretene BKKen (teilnehmende BKKen siehe www.kvbawue.de/hks/)
Hautkrebsscreening, GOP 99841, 26,00 €
Auflichtmikroskopie, GOP 99842, 6,00 € | {HKZ8} |
| <input type="checkbox"/> | Hanseatische Ersatzkasse (nach § 73c SGB V)
Hautkrebsscreening, GOP 99841, 26,00 €
Auflichtmikroskopie, GOP 99842, 8,00 € | {HKZ5} |
| <input type="checkbox"/> | Techniker Krankenkasse (nach § 73c SGB V)
Hautkrebsscreening, GOP 99841, 25,00 € | {HKZ7} |



Einverständniserklärung

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.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Teilnahme in der KVBW-Arztsuche unter www.kvbawue.de zu.

Hinweis

Die Teilnahme erfolgt zum ersten Tag des Quartales, in dem die Teilnahmeerklärung bei der Annahmestelle eingeht. Es ergeht kein Bescheid.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt