

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

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

Teilnahmeerklärung des Arztes

an der Vereinbarung über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie zwischen der KVBW und der DAK-Gesundheit (gilt auch für die KKH, TK und die BIG direkt gesund) sowie der BKK Landesverband Süd

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/hypertonie-genehmigung

Ich beantrage die Teilnahme an o.g. Verträgen für Versicherte folgender Krankenkassen:

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> DAK-Gesundheit (gilt auch für die KKH, TK und BIG direkt gesund) | {HYV1} |
| <input type="checkbox"/> BKK Landesverband Süd | {HYV2} |

Teilnahmevoraussetzungen

- Zugelassener oder ermächtigter Hausarzt nach § 95 SGB V oder
- Facharzt für Innere Medizin (hausärztlicher Bereich) und
- Betreuung von mindestens 30 Patienten mit Hypertonie (I10- bis I13) im Quartal und
- regelmäßige Fortbildung zu den besonderen Untersuchungstechniken, die im Rahmen dieses Vertrages zur Anwendung kommen und
- erforderliche apparative Ausstattung für die gerätegestützten Untersuchungen ist vorhanden bzw. die gerätegestützten Untersuchungen werden durch Überweisung beauftragt.



Erklärung

Ich versichere, dass die in dieser Teilnahmeerklärung 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 bin einverstanden mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten in der Arztsuche der KVBW.

Hinweis

Die Teilnahme kann frühestens ab dem Tag des Eingangs der Teilnahmeerklärung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

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