

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	
	Absender/Stempel
Bezirksdirektion Stuttgart	Absender/Stemper
Geschäftsbereich	
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement	
Albstadtweg 11	
70567 Stuttgart	
E-Mail: <u>qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de</u>	

Teilnahmeerklärung

Vertrag nach § 140a SGB V über die Vereinbarung zur besonderen Versorgung für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren

Hinweis: Dieses Formular gilt für Zentren und Einrichtungen, die amblichen Dialyseleistungserbringern kooperieren.	oulante Dialyse- und	Diafiltrationsb	ehandlungen erbringen und mit nichtärzt-
Name des nichtärztlichen Dialyseleistungserbringers			
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Dialysezentrum			
Dialysezentrum			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)*
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
mit den weiteren Tätigkeitsorten (Nebenbetrie Zweigpraxen)	ebsstätten, au	usgelagert	
Nebenbetriebsstätte, ausgelagerte Praxisräume bzw. Zweigpraxis			NBSNR (Nebenbetriebsstätten-Nr.)*
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Nebenbetriebsstätte, ausgelagerte Praxisräume bzw. Zweigpraxis			NBSNR (Nebenbetriebsstätten-Nr.)*
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Nebenbetriebsstätte, ausgelagerte Praxisräume bzw. Zweigpraxis			NBSNR (Nebenbetriebsstätten-Nr.)*
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	

Nebenbetriebsstätte, ausgelagerte Praxisräume bzw.	. Zweigpraxis		NBSNR (Nebenbetriebsstätten-Nr.)*
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Mit Einreichung der Teilnahmeerkl der Anlage 9.1 BMV-Ä aufgeführter			ass die in §§ 13 und 15
Die KVBW prüft, ob die Voraussetzunge	en gemäß §§ 13 i. V. m. 15 de	Anlage 9.1 B	MV-Ärzte vorliegen.
Werden die oben genannten Voraussetz erbringer schriftlich die Teilnahme an de SGB V für Sach- und Dienstleistungen be nigungsverfahren und informiert die AOI	r Vereinbarung zur besonder ei Behandlung mit renalen Ers	en Versorgur	g nach § 140a Abs. 1 Satz 1
Hinweis: Die Teilnahme an dieser Vereinbarung beg chen Unterlagen vorliegen. Soweit für den Nachweis tragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.	Unterlagen fehlen, beginnt die Teilnah	•	
Ort, Datum	Unterschrift des geschäftsführenden Arztes bzw. o	les Vertretungsbe	rechtigten

 $^{* \} BSNR/NBSNR \ des \ nicht \"{a}rztlichen \ Dialyseleistungserbringers \ für \ diesen \ Praxisstandort$