

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbawue.de/copd

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

- frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Fachliche Befähigung

- Facharzt für Allgemeinmedizin {COP1}
- Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) {COP1}
- Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie {COP2}
- Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie {COP2}
- Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pulmologie {COP2}
- Facharzt für Innere Medizin mit mindestens 12-monatiger Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung {COP2}
- Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde {COP2}



Apparative Ausstattung

- Ich erkläre, dass die apparativen Voraussetzungen für die Durchführung einer Spirometrie in jeder gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sind.

Verpflichtungserklärung

- Mit meiner Teilnahme erkenne ich die Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an.

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, sowie mit der Übermittlung meiner Daten durch die KVBW an die IKK classic sowie HEK im Rahmen eines Teilnahmeverzeichnisses.

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

