

Bitte unbedingt maschinell ausfüllen, unterschreiben und als Scan per E-Mail einsenden!
Handschriftliche Eintragungen sind nicht verarbeitbar.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Zulassung und Sicherstellung
Arztregister
impfarzt.registrierung@kvbawue.de

Privatärzte, die in eigener Praxis oder in Betrieben impfen, melden sich zur Abrechnung ärztlicher Leistungen nach Corona-ImpfV nicht auf diesem Weg, sondern separat an: www.kvbawue.de/betriebsaerzte

Registrierung als Impfarzt

Anmeldung zur Abrechnung von Einsätzen in mobilen Impfteams

Ja, ich möchte für die Abrechnung meiner Tätigkeit in einem Impfzentrum oder einem mobilen Impfteam des Landes Baden-Württemberg registriert werden (gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 CoronaimpfV).

Keine Registrierung: Falls Sie bereits mit der KVBW im Abrechnungsverkehr stehen, ist dieses Formular für Sie irrelevant (z. B. aktive Vertragsärzte und Notfalldienst-Poolärzte). Sie können direkt als Impfarzt abrechnen.

Registrierung erforderlich: Wenn Sie im Arztregister der KVBW eingetragen sind, jedoch **derzeit keinen aktiven Status** haben (z. B. Vertragsärzte im Ruhestand, ehemalige NFD-Poolärzte, Ärzte zur Sicherstellung) oder wenn Sie **nicht im Arztregister der KVBW eingetragen** bzw. bei uns registriert sind (z. B. Privatärzte, Krankenhausärzte, Ärzte in stationärer Weiterbildung) **bitte dieses Formular ausfüllen.**

Bitte Antrag erst abschicken, nachdem Sie tatsächlich mindestens einen Impfarzt-Dienst übernommen haben!

Ja, ich wurde zum Dienst eingeteilt. Mein erster Einsatz als Impfarzt findet statt am:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum Dienst TTMMJJJJ

Personenbezogene Angaben

Name	Vorname(n)											
Geburtsname	Akademische Titel											
Straße	Hausnummer											
PLZ	Ort											
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Geburtsdatum TTMMJJJJ											Geburtsort	Staatsangehörigkeit

Geschlecht: männlich weiblich divers

Hinweis: Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechterspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es sind selbstverständlich stets Menschen jeder Geschlechteridentität gemeint.

Kontaktdaten

E-Mail-Adresse

Telefonnummer (mobil oder Festnetz)

Arztregistereintrag?

Hinweis: Die lebenslange Arztnummer (LANR) kann aus sieben oder neun Ziffern bestehen.

Ich bin im Arztregister der KVBW eingetragen, meine LANR lautet:

LANR (7- oder 9-stellig)

Ich bin bei der KVBW registriert (z. B. NFD-Poolarzt, Arzt in Weiterbildung)

LANR (7- oder 9-stellig)

Ich bin nicht im Arztregister eingetragen und auch nicht bei der KVBW registriert.

Bankverbindung

Bitte überweisen Sie meine Vergütung für meine Tätigkeit als Impfarzt auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Handelt es sich bei dem angegebenen Konto um ein Geschäftskonto? Ja Nein

Hinweis: Bei einem Privatkonto erfolgt von der KVBW eine jährliche Meldung an die Finanzbehörde über die an Sie geleisteten Zahlungen im Rahmen des § 8 in Verbindung mit § 12 der Mitteilungsverordnung.

Ich versichere, dass ich im Besitz der **in Kopie beigefügten Approbation** bin und diese derzeit weder ruht noch entzogen wurde.

Datum Approbation TTMMJJJJ

Ausstellende Behörde

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch in den letzten fünf Jahren nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Es bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.

Mir ist bewusst, dass die Leistungen, welche ich im Rahmen meiner Tätigkeit in einem mobilen Impftteam erbringe, der guten ärztlichen Kunst entsprechen müssen und die Abrechnung meiner geleisteten Arbeit entsprechend den Vorgaben und Bestimmungen der KVBW zu erfolgen hat.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unverzüglich dem Arztregister der KVBW mit.

Ort, Datum

Unterschrift