

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

E-Mail: qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Teilnahmeerklärung des Arztes

am Vertrag nach § 140 a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zwischen der KV Baden-Württemberg und der DAK-Gesundheit

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/copd

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

- frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) {COP3}

Fachliche Befähigung

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung)

Apparative Ausstattung

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

Verpflichtungserklärungen

- Ich verpflichte mich, die in der Anlage 1 des Vertrages genannten Kriterien (Versorgungsmodul COPD Teilnahmevoraussetzung und Umsetzungsinhalte "Screeningprogramm" bzw. "Weiterbetreuungsprogramm") einzuhalten.
- Ich verpflichte mich, durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut zu machen, dass ich sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann.



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 DAK-Gesundheit 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