

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

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbwue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbwue.de) oder [qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik](mailto:qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik)

## Teilnahmeerklärung des Arztes

am Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration nach § 140a SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH

**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 KV BW 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 KV BW 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/trockene-makuladegeneration](http://www.kvbawue.de/trockene-makuladegeneration)

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

☐ frühzeitige Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration mit OCT {TMD1}

### Fachliche Voraussetzungen

☐ Ich führe die Facharztbezeichnung Augenheilkunde.

### Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung für die gerätegestützte Untersuchung ist vorhanden und wird durch die Eintragung der OCT-Gerätenummer bestätigt (Geräte ggf. an mehreren Standorten möglich).

Gerät	Gerätenummer	Gerätenummer	Gerätenummer
OCT-Gerät			

### 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 KKH 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

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code