

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kybawue.de oder qs-genehmigung@kybw.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.)
									BSNR (Betriebsstätten-Nr.)
	Name der Einrichtung								

Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztreger 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 Landesarztreger der KVBW eingetragen)

Fachgebiet Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

E-Mail

Telefon

Wohnungsschrift:

Datum TTMMJJ

Vorname **Nachname**

Straße Nr.

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

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