

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

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

Teilnahmeerklärung des Arztes

am Vertrag zur Optimierung der Versorgung mit Antibiotika durch POC-Schnelltests (Antibiotikatherapie-Steuerung) zur besonderen Versorgung gemäß § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zwischen dem BKK-Landesverband Süd und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg



Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ)

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____						
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/poc-crp

Ich beantrage, folgende Leistung gemäß der derzeit gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- Durchführung eines POC-CRP-Tests (Antibiotikatherapie-Steuerung) {POC1}

Fachliche Befähigung

- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin (hausärztlich)
- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Ich bin Praktische Ärztin/Praktischer Arzt

Personelle und apparative Voraussetzungen



- Ich verfüge über die personellen und sachlichen Mittel, um die vereinbarten Leistungen ordnungsgemäß durchzuführen.
Ich verpflichte mich, ein geeignetes POC-Gerät für CRP-Tests vorzuhalten und die Tests gemäß Herstellerangaben und hygienischen Standards selbst durchzuführen.
Ich bestätige, dass das eingesetzte Gerät den gesetzlichen Anforderungen entspricht und dass regelmäßige Qualitätskontrollen durch die Durchführung von Kontrollproben erfolgen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich bereit, an projektbegleitenden Evaluationen teilzunehmen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweise) 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