

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

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

Antrag

auf Teilnahme am Vertrag nach § 140a SGB V im Rahmen des Innovationsfondsprojektes
„Endometriose effektiv erkennen und koordiniert ganzheitlich therapieren (ENDO-EVE)“

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/endo-eve-vertrag

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

(Bitte ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------|---|--------|
| ☐ | Behandlung Kontrollgruppe
(Teilnahmemanagement KP* und Weiterleitungsmanagement KP) | {EDM1} |
| ☐ | und
Behandlung Interventionsgruppe
(Teilnahmemanagement IP**, Endometrioseassessment und Weiterleitungsmanagement IP) | {EDM2} |

* Kontrollphase

** Interventionsphase

Folgende Teilnahmevoraussetzung ist erfüllt:

- ☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Aufgaben als teilnehmender Vertragsarzt



1. Identifikation von geeigneten Versicherten durch Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien gemäß § 6 Abs. 2 und 3.
2. Aufklärung und Information der teilnahmeberechtigten Versicherten zu den Vertrags- und Studieninhalten sowie Aushändigung der Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung inklusive Versicherteninformation (Anlage 2) sowie der Informationen zum Versorgungsangebot der Besonderen Versorgung ENDO-EVE (Anlage 3).
3. Archivierung der unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung in der Praxisdokumentation und Aushändigung einer Kopie an die Versicherte. Die archivierten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sind auf Verlangen der jeweiligen Krankenkasse vorzulegen.
4. Bei einem begründeten Verdacht auf Endometriose erfolgt eine Überweisung mit einem Rückmeldebogen in der Kontrollphase oder einem Rückmeldebogen (Anhang 1b zu Anlage 1) und dem Endo-Assessmentbogen in der Interventionsphase an ein teilnehmendes Endometriosezentrum.
5. Die Unterlagen werden via KIM über die KIM-Adresse endo-eve@uk-halle.kim.telematik an die Koordinierende Stelle übermittelt.

Erklärung

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o. a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an. In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unaufgefordert und umgehend mit.

Einverständniserklärung

Ich willige ein, dass meine Praxiskontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) in der Arztsuche unter www.kvbawue.de veröffentlicht werden dürfen. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten durch die KV Baden-Württemberg an die Koordinierende Stelle (vgl. § 8) und an die beteiligten Krankenkassen über einen DSGVO-konformen Übertragungsweg übermittelt werden. Es werden folgende Daten übermittelt: BSNR, LANR, Praxisbezeichnung, Anrede, Titel, Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort, Landkreis, Telefon- und Faxnummer, Facharztbezeichnung sowie Teilnahmebeginn.

Die Koordinierende Stelle ist berechtigt, die Daten der teilnehmenden Ärzte zum Zweck der Information der Versicherten und zur Steuerung ihrer Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung zu verwenden und an die teilnehmenden Krankenkassen zu diesem Zweck weiterzuleiten.

Hinweis

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung beginnt mit Eingang der Teilnahmeerklärung bei der KVBW, sofern der KVBW alle erforderlichen Unterlagen vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Unterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt



Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code