

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Kirchmeierstraße 26
93051 Regensburg

→ Jetzt **online** beantragen in **MEINE KVB**

oder
per Fax an: 089/ 57093-64971
per E-Mail: amb_palliativversorgung@kvb.de
Bitte den Antrag nur einmal einreichen!

Teilnahmeerklärung zu der Vereinbarung über eine regionale ambulante Betreuung von Palliativpatienten in Bayern mit der AOK Bayern

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei einem angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel: _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj#

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über eine regionale ambulante Betreuung von Palliativpatienten in Bayern.

3. Teilnahmevoraussetzungen

Die im Folgenden genannten Teilnahmevoraussetzungen werden erfüllt:

<input type="checkbox"/>	Die gemäß § 3 der o.g. Vereinbarung erforderlichen Fort- und Weiterbildungsnachweise (siehe beiliegendes Merkblatt) liegen vor. Auf Verlangen der KVB stelle ich diese Zertifikate als Nachweis zur Verfügung. Ich erkläre, dass ich die KVB unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die geforderten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle.
<input type="checkbox"/>	Ich verfüge über die geforderten Kenntnisse der lokalen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen (z.B. Hospizvereine, ambulante Palliativzentren, Pflegedienste, sowie stationäre Hospizversorgung) gem. § 3 der o.g. Vereinbarung und ich werde die Zusammenarbeit mit diesen koordinieren und kontinuierlich fördern. Folgende palliativmedizinische Leistungserbringer sind in meine Arbeit eingebunden: _____ _____



<input type="checkbox"/>	Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt dieser Teilnahmeerklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diese ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung.
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bitte beachten Sie, dass Sie die Leistungen im Rahmen der Vereinbarung über eine regionale ambulante Betreuung von Palliativpatienten in Bayern erst ab dem Tag der Unterschrift auf dieser Teilnahmeerklärung erbringen und abrechnen dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:



Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

Genehmigungsantrag – Anhang



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieser Teilnahmeerklärung durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihrer Teilnahmeerklärung führen können.

Sofern die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen.

Ich bestätige, dass ich bei der Tätigkeit die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Erklärung freiwillig erfolgt und jederzeit schriftlich gegenüber der KVB widerrufen werden kann.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Die Teilnahme an diesem Vertrag kann mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVB gekündigt werden. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist auf deren Laufzeit begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser endet sowie der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Darüber hinaus endet die Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Wegfall der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen.

Ruht die vertragsärztliche Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.

Merkblatt über erforderliche Voraussetzungen zur Teilnahme an der Vereinbarung über eine regionale ambulante Betreuung von Palliativpatienten in Bayern mit der AOK Bayern

Zur Teilnahme an den Verträgen sind berechtigt:

- alle zugelassenen Haus- und Fachärzte, Kinder- und Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten, die über einen Nachweis einer abgeschlossenen Weiterbildung im Bereich der Palliativmedizin von mindestens 40 h Dauer (anerkannt durch die Bayerische Landesärztekammer) verfügen; eine Auflistung der anerkannten Fortbildungen finden Sie unter: blaek.de/Weiterbildung/Kurse/Kurskalender

und

- über Kenntnisse der lokalen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen (z.B. Hospizvereine, ambulante Palliativzentren, Pflegedienste, sowie stationäre Hospizversorgung) verfügen und die Zusammenarbeit mit diesen koordinieren und kontinuierlich fördern; dazu ist auch die Angabe der betroffenen lokalen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen auf der Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich