

<input type="checkbox"/> Vertragsarzt/Therapeut im o.g. MVZ seit/ab: _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">tt.mm.jj</div>
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt/Therapeut im o.g. MVZ seit/ab: _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">tt.mm.jj</div>
<p>Ort der Leistungserbringung: (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als drei Betriebsstätten)</p> <p>1. BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , Adresse: _____</p> <p>2. BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , Adresse: _____</p> <p>3. BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , Adresse: _____</p>

2. Anzeige

Die Anzeige erfolgt für die Genehmigung für folgende Leistungen:

<input type="checkbox"/> GOP 01442 - Videofallkonferenz mit der/den an der Versorgung des Patienten beteiligte(n) Pflege(fach)kraft / Pflege(fach)kräften gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte
<input type="checkbox"/> GOP 01444 - Zuschlag für die Authentifizierung neuer Patienten in der Videosprechstunde (zeitlich befristet bis 31.12.2026)
<input type="checkbox"/> GOP 01450 - Zuschlag Videosprechstunde

3. Apparativ-technische Ausstattung

Die technischen Anforderungen an die apparative Ausstattung der Arztpraxis gemäß § 4 der Anlage 31b werden erfüllt:

- Kamera
- Bildschirm (Monitor, Display etc.):
- Mikrofon und Lautsprecher

Deren Funktionalitäten können auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein.

Zertifizierter Videodienstleister (**bitte angeben**):


Firma	Name des Produkts
Ansprechpartner	Telefonnummer

Eine Liste der zertifizierten Videodienstleister finden Sie auf der Webseite der KBV unter folgendem Link: <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>


4. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der zugelassenen apparativ-technischen Ausstattung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mitzuteilen.

Ich (Anzeigepflichtiger und der ggf. beim Anzeigepflichtigen tätige Arzt/Therapeut) bestätige, dass ich den Inhalt der Anzeige, des beigefügten Anhangs sowie der Anlage mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung / der Anzeige.


Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise der Anzeige beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt /Therapeut /
BAG-Vertretungsberechtigter /
MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Anzeige für einen beim Anzeigepflichtigen tätigen Arzt/Therapeut zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt / angestellter Therapeut 

Stempel des Anzeigepflichtigen

Anzeige – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

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.

Sofern anzeigepflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Anzeigepflichtige stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten/Therapeuten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten/Therapeuten im MVZ zu. Der Arzt/Therapeut, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat die Anzeige mit zu unterzeichnen.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 21. Februar 2017 sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss / Beschlüsse) abrufbar.

Die Vereinbarung über die Anforderung an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß **Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte** (BMV-Ä) ist auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php> abrufbar.