

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Teilnahmeerklärung

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über die ambulante Behandlung einer überaktiven Blase mittels Botox®-Injektion zwischen der KVB und der DAK-Gesundheit

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei 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 der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

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. Vertragsarzt 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 am Vertrag gemäß § 140a SGB V über die ambulante Behandlung einer überaktiven Blase mittels Botox®-Injektion zwischen der KVB und der DAK-Gesundheit.

3. Teilnahmevoraussetzungen

Die im Folgenden genannten Teilnahmevoraussetzungen werden erfüllt:

<input type="checkbox"/>	Facharzt für Urologie mit Genehmigung zur Durchführung ambulanter Operationen nach Kapitel 31.2 EBM
<input type="checkbox"/>	Vorhaltung eines urodynamischen Messplatzes

4. Teilnahmepflichten

Die im Folgenden genannten Teilnahmepflichten werden erfüllt:


<input type="checkbox"/>	Die Vorgaben für ambulante Operationen nach § 115b SGB V halte ich ein.
<input type="checkbox"/>	Ich verpflichte mich, Leistungen nach diesem Vertrag nur an solchen Betriebsstätten zu erbringen, die die Anforderungen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V erfüllen.
<input type="checkbox"/>	Bei Abrechnung der Abrechnungsnummern 97048 und 97049 erbringe ich die jeweils vorgesehenen Leistungsinhalte des Vertrages vollständig (vgl. Regelungen & Pflichten).
<input type="checkbox"/>	Ich informiere Patienten der DAK-Gesundheit über die Möglichkeit zur Teilnahme an diesem Vertrag und dessen Inhalte. Die Patienten-Teilnahmeerklärung und die Merkblätter „Versicherteninformation“ sowie „Datenschutz“ händige ich an teilnahmeinteressierte Patienten aus.
<input type="checkbox"/>	Den für die Injektion zu verwendenden Wirkstoff Botulinum Toxin verordne ich patientenindividuell über Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) als Einzelverordnung.
<input type="checkbox"/>	Ich absolviere jährlich eine Fortbildung zum Thema „überaktive Blase“. (Auf Verlangen müssen der KVB entsprechende Nachweise vorgelegt werden.)

<input type="checkbox"/>	Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) erkläre mich damit einverstanden, dass die KVB der DAK-Gesundheit regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse der Vereinbarung - unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange - berichtet.
--------------------------	--

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 des Vertrages über die ambulante Behandlung einer überaktiven Blase mittels Botox®-Injektion erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen die Bestätigung Ihrer Teilnahme zugegangen ist.

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

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

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 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.

Ich bin einverstanden mit der Veröffentlichung des Vor- und Zunamens (inkl. akademischer Titel und Adelstitel), der Anrede, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ) der Betriebsstätte, der lebenslangen Arztnummer, der Angabe der Fachgruppe und der Telefonnummer auf einer Arztliste. Ich bin zudem einverstanden mit dem regelmäßigen Austausch dieser Arztliste mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten zum Ziele der Veröffentlichung zwischen der KVB und der DAK-Gesundheit. Zudem bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung der vorgenannten Daten im Rahmen der KVB-Arztsuche unter www.kvb.de.

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

Die Teilnahme an diesem Vertrag kann mit einer Frist von vier Wochen 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.