

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

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

Faxnummer: 089/ 57093-61299
E-Mail: QS-Team-DMP@kvb.de

Antrag

auf Teilnahme als Schulungsarzt im Rahmen des DMP-Plattformvertrags bzw. der Diabetesvereinbarungen

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: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **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)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigt Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

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

Schulungsprogramme (Bitte jeweiliges Schulungszertifikat beilegen) 		DMP KHK	
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG), Dt. Ärzte-Verlag GmbH		<input type="checkbox"/>	
Kardio - Fit www.springermedizin.de/kardio-fit		<input type="checkbox"/>	
Schulungsprogramme (Bitte jeweiliges Schulungszertifikat beilegen) 		DMP Asthma/COPD	
Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., einschließlich ASEV-Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung e.V.		<input type="checkbox"/>	
NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation von AFAS = Die Ambulante Fürther Asthmaschulung), Deutsche Atemwegsliga e.V.		<input type="checkbox"/>	
COBRA (Umbenennung von AFBE = Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem), Deutsche Atemwegsliga e.V.		<input type="checkbox"/>	
Nur für Diabetologische Schwerpunktpraxen:			
Schulungsprogramme (Bitte jeweiliges Schulungszertifikat beilegen) 	DV: AOK	DV: VdEK, BKK, LKK, BKN, IKK	DMP Diab. Typ 1
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ICT) bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINDA – Diabetes-Selbstmanagement-Schulung für ICT (intensivierete Insulintherapie) Patienten, Fa. Diabetesbedarf, Forchheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRIMAS-Basischulung für erwachsene Typ-1-Diabetiker (ICT, CSII)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes-Buch für Kinder, Kirchheim-Verlag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendliche mit Diabetes, Kirchheim-Verlag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patientinnen mit nicht insulinpflichtigem Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining (BGAT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypoglykämie-Positives Selbstmanagement (HyPoS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insulinpumpentherapie Training CSII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.


Bitte beachten Sie, dass die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbracht und abgerechnet werden darf, an dem der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.


Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter /
MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Anstellung zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
Schulungszertifikat/e je nach Schulungsprogramm, siehe unter Punkt 2. Beantragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 <https://www.kvb.de/>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Ich versichere, dass ich bzw. der leistungserbringende Arzt die Voraussetzungen der fachlichen Befähigung für die beantragte/n Schulung/en erfülle. Insbesondere versichere ich, dass die räumliche Ausstattung, die Einzel- und Gruppenschulungen ermöglicht, in den beantragten Betriebsstätten vorliegt. Zudem versichere ich, dass die für die angebotenen Schulungen notwendigen Curricula und Medien in den beantragten Betriebsstätten zur Weitergabe an die Patienten vorgehalten werden. Entsprechende Unterlagen hinsichtlich des Nachweises meiner fachlichen Befähigung bzw. der fachlichen Befähigung des leistungserbringenden Arztes (insbesondere das Schulungszertifikat) füge ich als Kopie diesem Antrag bei.

Ich verfüge über mindestens eine/n nichtärztliche Mitarbeiter/in, die/der erfolgreich an der Fortbildung des entsprechenden Schulungsanbieters teilgenommen hat. Ich habe mich von der Qualifikation persönlich durch Prüfung des vorgelegten jeweiligen Schulungszertifikats überzeugt. Zudem habe ich mich von der je nach Schulungsprogramm geforderten Berufsgruppenzugehörigkeit durch Prüfung der vorgelegten Berufsurkunden/Zeugnisse überzeugt. Ich stelle sicher, dass das nichtärztliche Schulungspersonal einmal jährlich an einer geeigneten fachlichen Fortbildung teilnimmt. Ich bestätige, dass alle Vorgaben des entsprechenden Schulungsprogramms hinsichtlich des nichtärztlichen Personals vollständig erfüllt sind und die jeweilige Schulung nur in Zusammenarbeit mit diesem erfolgt. Ich teile der KVB unverzüglich schriftlich mit, wenn ich diese Bestätigung aufgrund von Änderungen nicht mehr aufrechterhalten kann. Ich bin mir bewusst, dass wahrheitswidrige Bestätigungen bzw. deren wahrheitswidrige Aufrechterhaltung disziplinar-, zulassungs- und strafrechtliche Folgen haben können.

Bei Genehmigungserteilung zur Durchführung von Schulungen im Rahmen des DMP KHK und des DMP Asthma/COPD gilt die erteilte Genehmigung derzeit automatisch auch für die Schulung von LKK-Patienten (Änderungen vorbehalten).