KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Teilnahmeerklärung
an der Vereinbarung zur strukturellen und finanziellen Förderung ambulanter Kataraktoperationen
(Modul 2: Anästhesiemodul)

Hinweis: Die Berechtigung zur Abrechnung des Anästhesiemoduls (Abrechnungsziffer 97444) besteht ab dem Zeitpunkt der Zustellung des Teilnahmebescheids durch die KVB.

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: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **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: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I 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

Hauptpraxisanschrift:

BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Vereinbarung zur strukturellen und finanziellen Förderung ambulanter Kataraktoperationen (Modul 2: Anästhesiemodul).

Die parallele Teilnahme an mehreren Modulen ist ausgeschlossen. Sofern Ärzte bereits an einem anderen Katarakt-Modul teilnehmen, wird dieses Modul durch das aktuelle Modul ersetzt.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

Ort, Datum	Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter/MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum	Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

Teilnahmeerklärung – 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 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. Die Teilnahmebestätigung wird dem MVZ zugesandt.