

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag „Willkommen Baby!“ über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren gemäß § 140a Abs. 1 SGB V zwischen der KVB und der DAK-Gesundheit.

3. Fachliche Voraussetzungen

Nur auszufüllen, wenn im Rahmen des Vertrags Akupunkturleistungen erbracht werden sollen:

Erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ (Grundqualifikation / A-Diplom).

oder

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Akupunktur“ gemäß Weiterbildungsordnung der BLÄK. Der entsprechende Nachweis liegt der KVB bereits vor.

4. Teilnahmepflichten


Die im Folgenden genannten Teilnahmepflichten werden eingehalten:

- Bei Abrechnung der Abrechnungsnummern 97028 – 97028E werden die jeweils vorgesehenen Leistungsinhalte gemäß des § 3 i.V.m. Anlage 3 des Vertrages vollständig erfüllt und die Abrechnungsvoraussetzungen gemäß des § 7 i.V.m. Anlage 3 des Vertrages eingehalten. (vgl. „Informationsblatt Abrechnung“).
- Die durchgeführten Leistungen sind analog den Bestimmungen des § 57 Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) in geeigneter Weise zu dokumentieren. Sofern es die Versicherte wünscht, kann auch eine Dokumentation im Mutterpass erfolgen.
- Die teilnehmenden Frauenärzte wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (Mu-RL) möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden.


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 Leistungen im Rahmen des Vertrags „Willkommen Baby!“ erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen die Bestätigung Ihrer Teilnahme zugegangen ist.


Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als Original oder Kopie dem Antrag beizulegen.

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

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Teilnahmeantrag beigefügt
Erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ (Grundqualifikation / A- Diplom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

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 (inklusive 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 zwischen KVB und DAK-Gesundheit. Zudem bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung der vorgenannten Daten im Rahmen der KVB-Arztliste unter www.kvb.de sowie auf der Homepage der DAK-G (www.dak.de/dakspezialistennetzwerk).

Mit 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 4 Wochen zum Ende eines Quartals schriftlich gegenüber der KVB gekündigt werden. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist auf dessen Laufzeit begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem diese endet sowie mit 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.