

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Haldenhausstraße 11
72770 Reutlingen

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung Teilnahme an der Vereinbarung „Vernetzung Frühe Hilfen“

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	

Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbawue.de/fruehe-hilfen-genehmigung

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- Teilnahme an der Vereinbarung „Vernetzung Frühe Hilfen“ {FRH1}

Teilnahmevoraussetzungen (Anhang 1 Vereinbarung Vernetzung Frühe Hilfen)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Hausarzt gemäß § 73 SGB V
- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Vertragsarzt mit der Genehmigung für ein Richtlinienverfahren nach der Psychotherapie-Vereinbarung[^]
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

und

- Teilnahme an einer Schulung mit den Themen „Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen“ und „Motivierendes Elterngespräch“

Bitte entsprechende Zeugnisse/Bescheinigungen in Kopie beifügen

Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich:

1. regelmäßig an einem Qualitätszirkel „Frühe Hilfen“ teilzunehmen.
2. die Teilnahmebescheinigungen an den Qualitätszirkeln auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen

Einverständniserklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung



Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code