

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de) oder [qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik](mailto:qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik)

# Teilnahmeerklärung des Arztes

am Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration nach § 140a SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH

**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/trockene-makuladegeneration](http://www.kvbawue.de/trockene-makuladegeneration)

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

- frühzeitige Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration mit OCT {TMD1}
- frühzeitige Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration ohne OCT {TMD2}

### Fachliche Voraussetzungen

- Ich führe die Facharztbezeichnung Augenheilkunde.

### Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung für die gerätegestützte Untersuchung ist vorhanden und wird durch die Eintragung der OCT-Gerätenummer oder der Gerätenummer der Funduskamera bestätigt (Geräte ggf. an mehreren Standorten möglich).



Gerät	Gerätenummer	Gerätenummer	Gerätenummer
OCT-Gerät			
Funduskamera			

### Erklärung

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

Ich bin einverstanden mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten in der Arztsuche der KVBW, sowie mit der Übermittlung meiner Daten durch die KVBW an die KKH im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses.

### Hinweis

Die Teilnahme kann frühestens ab dem Tag des Eingangs der Teilnahmeerklärung 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

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code