

Fax-Nummer: 089/57093-64904
E-Mail-Adresse:
Versorgungsgenehmigungen@kvb.de

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Vergütung des Förder- und Behandlungsplanes als Ergänzung

- des Rahmenvertrags zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären **Frühförderstellen** und
- des Rahmenvertrags über die Behandlung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder und Jugendlichen in interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen (**Tagesstätten**)

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: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Titel _____	
Name _____	Vorname _____
Facharztbezeichnung: _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____ (Name der BAG)	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____ (Name des MVZ)	
<input type="checkbox"/> Ich bin ermächtigter Arzt seit/ab: _____ tt.mm.jj	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
_____ Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift	

Die Antragstellung erfolgt für	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____ tt.mm.jj	

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung zur Vergütung des Förder- und Behandlungsplans als Ergänzung zu den jeweiligen Rahmenverträgen, die mich zur Abrechnung der in dieser Vereinbarung geregelten Leistungen (Erst-, Folge- und Änderungsausstellung des Förder- und Behandlungsplans sowie Durchführung von Teamgesprächen) berechtigt. Die Genehmigung wird **für folgende Einrichtungen** beantragt:

- zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären **Frühförderstellen**. Hierbei handelt es sich um Kinder von Geburt bis zur Einschulung.


und/oder

- zur Behandlung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder und Jugendlichen in interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen (sog. **Tagesstätten**). Hier handelt es sich um Kinder, Jugendliche und junge Volljährige im Vorschul- und Schulalter, einschließlich Berufsschulalter bis maximal zur Vollendung des 23. Lebensjahres.

- Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen sowie den dem Antrag zugrundeliegenden Vertrag ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.**


Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

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

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 Ihnen bei unvollständigen Angaben die Teilnahme an dem Vertrag abgelehnt werden kann.

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 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie ergänzend das Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in der jeweils geltenden Fassung 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 der Krankenkasse, an deren Vertrag ich teilnehme. Zudem bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung der vorgenannten Daten im Rahmen der KVB-Arzttsuche unter www.kvb.de.

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 dieser 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.

Informationen zum Thema „Behandlung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Jugendlicher und jungen Volljährigen in Interdisziplinären Frühförderstellen sowie interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen (Tagesstätten) finden Sie unter: [Vergütungsverträge - Kassenärztliche Vereinigung Bayerns \(KVB\)](#).