



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**Antrag auf Teilnahme am Kurarztvertrag
(gem. Anlage 25 Bundesmantelvertrag-Ä)**

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Angestellte/r Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellte/r in einer Kurklinik

Angestellte/r Arzt in einer Arztpraxis

in: _____

bei: _____

Die Teilnahme am Kurarztvertrag ist zum _____ geplant.

Für welchen staatlich anerkannten Kurort bzw. Heilbad gemäß § 8 wird die Teilnahme beantragt?

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Voraussetzungen

1. Zusatzbezeichnung „Balneologie und Medizinische Klimatologie“ Ja Nein
oder
Absolvierung des 240-Stunden-Kurses für die Zusatzbezeichnung Ja Nein
2. Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen für verhaltenspräventive Leistungen Ja Nein

Hinweis: Bitte die jeweiligen Urkunden/Teilnahmebescheinigungen in Kopie beifügen.

III. Erklärung

Hiermit erkläre ich mich gemäß § 13 bereit, zu den Bedingungen über die kurärztliche Behandlung für Versicherte der genannten Kostenträger tätig zu werden und die zur Durchführung erlassenen Bestimmungen als für mich verbindlich anzuerkennen.

IV. Bankverbindung

Name des Geldinstitutes: _____
BIC: _____
IBAN: _____

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie mich bzw. uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: qs@kvbb.de

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.