KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

## Teilnahmeerklärung

zur Durchführung des Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“

Vertrag nach § 43 SGB V zwischen der AOK PLUS und dem Berufsverband der Pneumologen in Sachsen e.V.

**Antragsteller/-in:** ……
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

**Leistungserbringer:** ……
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

**LANR:** ……

**Ärztliche Tätigkeit**

als Facharzt für: ……..

☐ Niederlassung in einer Einzelpraxis
☐ Niederlassung in einer Berufsausübungs-gemeinschaft
☐ Anstellung in einer Einzelpraxis
☐ Anstellung in einer Berufsausübungs-gemeinschaft

☐ in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)
☐ im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz
☐ im Rahmen einer Ermächtigung
☐ im Rahmen einer Vertretung

**Wohnort** (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.: ……

PLZ, Wohnort: ……

Telefon/Fax: ……

E-Mail: ……

**Antrag bezieht sich auf**

☐ **Praxis/Betriebsstätte (BSNR)**

Anschrift: ……

Telefon/Fax: ……

E-Mail: ……

BSNR: ……

☐ **Nebenbetriebsstätte (NBSNR)**

Anschrift: ……

Telefon/Fax: ……

E-Mail: ……

NBSNR: ……

## 1 Beantragte Leistung

Beantragt wird die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach dem Vertrag zur Tabakentwöhnung „Rauchfrei durchatmen“ zwischen der AOK PLUS und dem Berufsverband der Pneumologen Sachsen e.V.

## 2 Fachliche Voraussetzungen

Facharzt für

- ☐ Innere Medizin SP Pneumologie
- ☐ FA Lungen- und Bronchialheilkunde
- ☐ Innere Med.TG Lungen- und Bronchialheilkunde
- ☐ FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie
- ☐ FA Innere Medizin mit Abrechnungsgenehmigung Pneumologie nach ergänzender Vereinbarung

*und*

- ☐ Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer

## 3 Organisatorische Voraussetzungen

Die Kursleitung des Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“ ist durch den/die teilnehmende/n Facharzt/Fachärztin selbst sicherzustellen. Bei der Kursdurchführung kann medizinisches Fachpersonal assistieren. Voraussetzung hierfür ist, dass das eingesetzte medizinische Fachpersonal ebenfalls an einer Fortbildung zur Durchführung von Tabakentwöhnungsangeboten zertifiziert auf Grundlage des Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer teilgenommen hat.

## 4 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der Leistung(en) erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Der Antragsteller kennt die Ziele und Inhalte des Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten sind bekannt und werden vollumfänglich anerkannt.

| | | |
|---|---|---|
| | | Stempel Antragsteller(in) |
| ..... | …….. | |
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller(in)<br>(siehe Seite 1 oben) | |

| | |
|---|---|
| ..... | …….. |
| Ort, Datum | Unterschrift Leistungserbringer<br>(sofern abweichend vom Antragsteller) |