

Selbsterklärung zur Registrierung bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung von Leistungen nach der Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV)

Privatarzt **Betriebsarzt** **Privatzahnarzt**

überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten

(bei Mehrfachauswahl bitte getrennte Anträge einreichen)

Firma/Praxis			
Name, Vorname			
Anschrift			
PLZ, Ort			
Geburtsdatum			
Tel.		Mobil:	
E-Mail			

(auszufüllen für Privärzte, Privatzahnärzte und Betriebsärzte)

Fachrichtung			
Approbation seit		LANR (wenn vorhanden)	

Bankverbindung:

IBAN			
BIC		Kontoinhaber	

Registrierung an

Email: Impfverordnung-Registrierung@kvsh.de

Fax: 04551 / 883 7668

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter
04551 / 883 883 zur Verfügung.

Als Leistungserbringer beantrage(n) ich/wir die Registrierung zur Abrechnung von Leistungen gemäß § 6 CoronalmfV bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Ich/wir bin/sind auf folgender Grundlage der CoronalmfV tätig:

Privatarzt	
<input type="checkbox"/>	Leistungserbringer nach der CoronalmfV als Arztpraxis, die gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 5 nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, sofern die niedergelassene Tätigkeit nach § 3 Abs. 4 nachgewiesen wurde.
<input type="checkbox"/>	Die Bescheinigungen der Landesärztekammer und des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. gemäß § 3 Abs. 4 sind dem Antrag beigefügt.

Privatzahnarzt	
<input type="checkbox"/>	Leistungserbringer nach der CoronalmfV als Zahnarztpraxis, die gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 9 nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnimmt, sofern die niedergelassene Tätigkeit nach § 3 Abs. 4 nachgewiesen wurde.
<input type="checkbox"/>	Die Bescheinigungen der Landeszahnärztekammer und des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. gemäß § 3 Abs. 4 u. Abs. 4a Satz 2 sind dem Antrag beigefügt.

Betriebsarzt / überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten	
<input type="checkbox"/>	Leistungserbringer nach der CoronalmfV als Facharzt für Arbeitsmedizin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, nach dem ASiG (Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit) vom Arbeitgeber bestellte Betriebsärzte (Betriebsärzte) und überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten.
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass die Anbindung an die Impfsurveillance nach § 4 CoronalmfV für die Teilnahme an den Impfungen sichergestellt ist.
<input type="checkbox"/>	Es wird bestätigt, dass die Leistungen nicht im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses in einem Betrieb oder im Rahmen einer Tätigkeit für einen überbetrieblichen Dienst von Betriebsärzten durchgeführt oder anderweitig im Wege einer Beauftragung durch ein Unternehmen vergütet werden. Ebenfalls wird für die Leistungserbringung <u>nicht</u> auf die Infrastruktur der Impfbüros zurückgegriffen (ansonsten würde der Vergütungsanspruch entfallen).
<input type="checkbox"/>	* Dem Antrag ist die Approbationsurkunde oder der Nachweis einer Facharztanerkennung jeweils als beglaubigte Kopie beigefügt. (*nicht erforderlich bei überbetrieblichen Diensten)

<input type="checkbox"/>	Ich habe die Kurzinformation zur Registrierung und zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.
--------------------------	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich verbindlich,

- dass die „VORGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG FÜR DIE VERGÜTUNG DER LEISTUNGEN DER CORONAVIRUS-IMPFERORDNUNG“ mir bekannt sind. Ich versichere bereits jetzt die Einhaltung der Vorgaben sowie die Richtigkeit der jeweils zu übermittelnden Abrechnungsdaten.
- dass die „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronalmfV)“ mir bekannt ist.
- dass ich mich regelmäßig über die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für Leistungserbringer und die Abrechnungsanweisungen der KVSH informiere (abrufbar unter www.kvsh.de oder www.kbv.de).

- dass ich die notwendige leistungsbegründende Dokumentation prüfungssicher und unverändert bis zum 31. Dezember 2024 aufbewahre.
- für die jeweils abgerechneten Leistungen und/oder Sachkosten keine Vergütung durch einen Dritten erhalten zu haben oder die durch den Dritten erhaltene Vergütung an diesen zurückzuzahlen.

Ort, Datum und Unterschrift

Der Unterzeichner bestätigt, zur Antragsstellung befugt zu sein.