

# Ausfüllanleitung für Betriebs- und Privatärzte (gilt nicht für die Tätigkeit in Impfzentren)



Nicht-Mitglieder

\*= Pflichtfelder

## Antrag auf Registrierung

Selbsterklärung zur Registrierung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur Abrechnung von Leistungen nach der Coronavirus-Impfverordnung vom 31. März 2021 (CoronaImpfV)

**(gilt nur für Betriebsärzte und überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten sowie Privatärzte in Niedersachsen)**

Verbindliche Selbstauskunft zur Anmeldung zum Abrechnungsverfahren für Leistungen nach der CoronaImpfV

### 1. Angaben zum Antragssteller

Anrede*	Titel	Vorname*	Nachname*
Telefonnummer*	Mobilfunknummer*	E-Mail*	Wichtig für die Zugangsdaten zur Abrechnung.
Straße*	Hausnummer*	Postleitzahl*	

### 2. Kontoverbindung

Anschrift zum Zwecke der Zusendung der Abrechnungsdaten und Abgleich des Standortes der Privatarztpraxis.

Hinweis: Für KV-Mitglieder kann die KV die Standard- Bankverbindung auswählen.

Kontoinhaber*	IBAN*	Bitte ohne Leerzeichen eintragen.
Name der Bank*	BIC (nur bei Zahlung außerhalb SEPA)	

### 3. Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Nr. 3 und 4 ImpfV

Auswahl\* Gesonderter Screenshot auf der nächsten Seite.

Bitte füllen Sie bei der Beantragung als "Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Nr. 3 ImpfV" nur die Fragen zu 3.1. aus, bei der Beantragung als "Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Nr. 4 Var. 1 bzw. Var. 2 ImpfV" nur die Fragen zu 3.2. .

#### 3.1. Nichtvertragsarzt [niedergelassener Privatarzt] (§ 3 Absatz 1 Nr 3 ImpfV) [nur auszufüllen, wenn dies zutrifft, ansonsten weiter unter 3.2.]

Als Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Nr. 3 ImpfV beantrage ich die Registrierung zur Abrechnung von Leistungen in den Fällen von § 1 Absatz 2 ImpfV i.V.m. § 6 Absatz 1 ImpfV bei der Kassenärztlichen Vereinigung.

Ich bestätige hiermit, dass ich niedergelassen tätig bin i.S.v. § 3 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. § 3 Abs. 4 ImpfV. Die entsprechenden Nachweise der niedergelassenen Tätigkeit über die Landesärztekammer (§ 3 Abs. 4 Nr. 1 ImpfV) sind dem Antrag beigelegt.

Nachweis der Ärztekammer über die Führung einer eigenen Praxis  
Dateiformat: PDF, TIFF, JPEG) Durchsuchen... Keine Datei ausgewählt

Nachweis des Verbandes der Privatarztlichen Verrechnungsstellen e.V. über die Teilnahme an der Impfsurveillance und die Registrierung im elektronischen Meldesystem § 3 Abs. 1 Nr. 4 Var. 1 ImpfV  
Dateiformat: PDF, TIFF, JPEG) Durchsuchen... Keine Datei ausgewählt.

Bitte beachten Sie beim hochladen die Vorgaben an das Datenformat.

Zwingende Voraussetzungen für eine Registrierung.

#### 3.2. Facharzt für Arbeitsmedizin/ Arzt mit der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" (§ 3 Absatz 1 Nr. 4 Var. 1 ImpfV)

oder  
Überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten (§ 3 Abs. 1 Nr. 4 Var. 2 ImpfV)  
[nur auszufüllen, wenn dies zutrifft, ansonsten weiter unter 3.1. ]

Als Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Nr. 4 Var. 1 bzw. Var. 2 ImpfV beantrage ich die Registrierung zur Abrechnung von Leistungen in den Fällen von § 1 Absatz 4 ImpfV i.V.m. § 6 Absatz 3 ImpfV bei der Kassenärztlichen Vereinigung.

Ich bestätige hiermit, dass ich Facharzt für Arbeitsmedizin bin oder die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" führe.

Nachweis über die Gebiets- bzw. über die Zusatzbezeichnung  
(Dateiformat: .PDF, TIFF, JPEG)

Durchsuchen... Keine Datei ausgewählt.

Bitte beachten Sie beim hochladen die Vorgaben an das Datenformat.

Name(n) des/der Unternehmen(s)

Nachweis über die betriebl. Bestellung  
(Dateiformat: .PDF, TIFF, JPEG)

Durchsuchen... Keine Datei ausgewählt.

Bitte beachten Sie beim hochladen die Vorgaben an das Datenformat.

Zwingende Voraussetzungen für eine Registrierung.

Zwingende Voraussetzung für eine Registrierung von Betriebsärzten.

Zwingende Voraussetzungen für eine Registrierung.

### 4. Weitere verpflichtende Angaben und Erklärungen

Ich bestätige hiermit, dass die abgerechneten 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.

Die „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2“ (Coronavirus-ImpfV) ist mir bekannt. Über die Regelungen der KBV für Leistungserbringer und die Abrechnungsanweisungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung informiere ich mich regelmäßig (abrufbar unter: <https://www.kbv.de/html/coronavirus.php>). Ich versichere bereits jetzt die Einhaltung der Vorgaben sowie die Richtigkeit der jeweils zu übermittelnden Daten und der jeweiligen Beauftragung. Die notwendigen Dokumentationen werde ich prüfungssicher und unverändert aufbewahren. Darüber hinaus bestätige ich, 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 zurückzahlen.“

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die übermittelt wurden, ohne Einwilligung gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. c), Absatz 3 DSGVO i.V.m. den Aufgaben der Coronavirus-Impfverordnung für die Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen im erforderlichen Umfang erfolgt. Die weitergehenden Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.“

Bitte geben Sie die angezeigte Buchstabenreihenfolge in das untere Feld ein.



Bitte beachten Sie, dass bei einer fehlerhaften Eingabe die beigelegten Dokumente erneut ausgewählt werden müssen.

neu laden

Absenden

### 3. Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Nr. 3 und 4 ImpfV

Auswahl*	
Nichtvertragsarzt (§ 3 Absatz 1 Nr. 3 ImpfV) [weiter unter 3.1.]	Privatarzt
Facharzt für Arbeitsmedizin/ Arzt mit der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" (§ 3 Absatz 1 Nr. 4 Var. 1 ImpfV) [weiter unter 3.2.]	
Überbetrieblicher Dienst von Betriebsärzten (§ 3 Abs. 1 Nr. 4 Var. 2 ImpfV) [weiter unter 3.2.]	

#### Allgemeine Hinweise:

Die Eintragungen hier dienen lediglich der Abrechnungen der Leistungen. Sie ist nicht Voraussetzungen, dass die Impfungen in den Praxen oder Betrieben erfolgen können.

Sollte ein Pflichtfeld nicht ausgefüllt werden, ist das Absenden des Antrages nicht möglich. Gleiches gilt, wenn ein nicht angegebenes Dateiformat hochgeladen werden soll.

Sollte der Antrag nicht abgesendet werden können, prüfen Sie bitte alle Eingaben auf eventuelle Fehler.

Die Daten, die Sie in dem Antrag angeben, sind für die KVN Basis der Kommunikation auf schriftlichem und elektronischem Weg. Bitte stellen Sie sicher, dass alle Angaben korrekt sind. Änderungen kann die KVN nur vornehmen, wenn diese schriftlich mitgeteilt werden.

Ein unvollständiger Antrag führt nicht zu automatischen Ablehnung. Ein Mitarbeiter der KVN überprüft die Angaben und plausibilisiert diese. Fehlende oder fehlerhaften Angaben werden angefragt und entsprechend verarbeitet. Erst wenn auf eine Anfrage seitens der KVN keine Mitteilung erfolgt, wird der Antrag abgelehnt.