Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
ZS_2-Substitution
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Heike Lange | Telefon 0721 5961-1301 | Fax 0721 5961-483 868 | heike.lange@kvbawue.de

Erklärung der anstellenden Praxis zum Antrag: „Gewährung einer Förderung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung“

Hiermit erkläre ich/erklären wir

Titel	Name	Vorname/n
Titel	Name	Vorname/n
Titel	Name	Vorname/n

dass das Arbeitsverhältnis mit meinem/unserem angestellten Arzt[1]

Titel	LANR

Name	Vorname/n

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter (m/w/d)

in meiner/unserer Praxis

Straße | Hausnummer

Stadt/Gemeinde | Postleitzahl

Telefon | BSNR

unbefristet oder nicht unter einem Zeitraum von drei Jahren, ab dem Zeitpunkt der Genehmigung der Förderung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „suchtmedizinische Grundversorgung“, befristet ist:

❍ ja ❍ nein

Erklärung des anstellenden Arztes/der anstellenden Ärzte:

Hiermit erkläre ich mein/erklären wir unser Einverständnis, dass der oben genannte angestellte Arzt in meiner/unserer Vertragsarztpraxis über drei Jahre hinweg Substitutionstherapien für GKV-Patienten entsprechend des Genehmigungsbescheides zur Ausführung und Abrechnung von Substitutionsleistungen ab dem Zeitpunkt der Genehmigung der Förderung anbietet.

❍ ja ❍ nein

Wichtig: Es ist bei Kooperationen das Einverständnis und damit die Unterschrift aller Praxisinhaber erforderlich. Vielen Dank!

Datum | Ort | Unterschrift des Praxisinhabers

Datum | Ort | Unterschrift des Praxisinhabers

Datum | Ort | Unterschrift des Praxisinhabers