



Unterschrieben, zurück an:
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
GB Abrechnung
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6
44141 Dortmund
Faxnummer: 0231 /9 43 28 02 22

DATENBLATT: ANTRAG AUF REGISTRIERUNG

Selbsterklärung zur Registrierung bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung von Leistungen nach der Coronavirus-Impfverordnung mit Wirkung zum 25. Mai 2022 (CoronaImpfV)

Gilt für:

- niedergelassene Arztpraxen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sofern sie ihre niedergelassene Tätigkeit gem. § 3 Abs. 4 CoronaImpfV nachgewiesen haben
- niedergelassene Zahnarztpraxen, die nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen, sofern sie ihre niedergelassene Tätigkeit gem. § 3 Abs. 4 und ihre Berechtigung gem. § 3 Abs. 4a CoronaImpfV nachgewiesen haben
- Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom Arbeitgeber bestellte Betriebsärzte (Betriebsärzte) und überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten
- zuständige Stellen der Länder, insbesondere Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OEGD) und die von ihnen beauftragten Dritten
- Krankenhäuser
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Verbindliche Selbstauskunft zur Anmeldung zum Abrechnungsverfahren für Leistungen gemäß der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

1.	Name, Adresse <small>Angabe unbedingt erforderlich</small>	
	<small>(Tel, Mobil, E-Mail) für die Abrechnung (Angabe unbedingt erforderlich, die E-Mail-Adresse dient zur Identifikation beim Abrechnungsupload)</small>	
2.	Lebenslange Arztnummer (LANR) (sofern vorhanden)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	BAS-ID, die bereits für die Testverordnung vergeben wurde (sofern vorhanden)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.	Vertretungsberechtigte / Verantwortliche Person für die Abrechnungserstellung/Abrechnungsübermittlung) <small>Angabe unbedingt erforderlich</small>	
	<small>(Name, Tel, Mobil, E-Mail)</small>	

4.	Stellvertretung zu 3.	
	(Name, Tel, Mobil, E-Mail)	
5.	Unterzeichner, sofern nicht mit 3. oder 4. identisch	
	(Name, Tel, Mobil, E-Mail)	
6.	Bankverbindung (IBAN)	DE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Name der Bank (BIC)	
	Kontoinhaber	

Teilnahme als niedergelassene Arztpraxis, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt	
Als Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 Nr. 5 der CoronaimpfV beantrage ich die Registrierung zur Abrechnung von Leistungen nach § 6 Abs. 1 bis 5 gemäß der CoronaimpfV bei der Kassenärztlichen Vereinigung.	
Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 Nr. 5	mögliche Leistungen nach § 6 Abs. 1 bis 5 CoronaimpfV
<input type="checkbox"/> Durch Arztpraxen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sofern sie ihre Tätigkeit nach § 3 Abs. 4 CoronaimpfV nachgewiesen haben.	<ul style="list-style-type: none"> - Schutzimpfung (inkl. Teilnahme an der Impfsurveillance nach § 4 CoronaimpfV) - Besuch im Rahmen einer Impfung - Besuch einer weiteren Person in derselben sozialen Gemeinschaft oder Einrichtung - Impfberatung - Ausstellung eines COVID-19-Impfzertifikats nach § 22a Abs. 5 IFSG für eine Person, die von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde - Ausstellung eines COVID-19-Impfzertifikats nach § 22a Abs. 5 ISFG für eine Person, die nicht von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde - Nachtragung einer Schutzimpfung in einem Impfausweis für eine Person, die nicht von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass die Bescheinigung des Verbands der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. zur Teilnahme an der Impfsurveillance (§ 3 Abs. 4 CoronaimpfV) dem Datenblatt beiliegt.	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass – sofern eine Schutzimpfung durchgeführt wird – an der Impfsurveillance nach § 4 der CoronaimpfV teilgenommen wird. Hierzu nutze ich das elektronische Meldesystem des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V.	

Teilnahme als niedergelassene Zahnarztpraxis, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt		
Als Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 Nr. 9 der CoronaimpfV beantrage ich die Registrierung zur Abrechnung von Leistungen nach § 6 Abs. 1 und 3 gemäß der CoronaimpfV bei der Kassenärztlichen Vereinigung.		
	Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 Nr. 9	mögliche Leistungen nach § 6 Abs. 1 bis 5 CoronaimpfV
<input type="checkbox"/>	Durch Zahnarztpraxen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sofern sie ihre niedergelassene Tätigkeit nach § 3 Abs. 4 und ihre Berechtigung nach § 3 Abs. 4a CoronaimpfV nachgewiesen haben.	<ul style="list-style-type: none"> - Schutzimpfung (inkl. Teilnahme an der Impfsurveillance nach § 4 CoronaimpfV) - Besuch im Rahmen einer Impfung - Besuch einer weiteren Person in derselben sozialen Gemeinschaft oder Einrichtung - Ausstellung eines COVID-19-Impfzertifikats nach § 22a Abs. 5 IFSG für eine Person, die von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass die Bescheinigung des Verbands der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. zur Teilnahme an der Impfsurveillance (§ 3 Abs. 4 Satz 4 CoronaimpfV) dem Datenblatt beiliegt.	
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass die Bescheinigung der Landes Zahnärztekammer zur Teilnahme (§ 3 Abs. 4a Satz 2 CoronaimpfV) dem Datenblatt beiliegt.	
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass – sofern eine Schutzimpfung durchgeführt wird – an der Impfsurveillance nach § 4 der CoronaimpfV teilgenommen wird. Hierzu nutze ich das elektronische Meldesystem des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V.	

Teilnahme als Facharzt für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom Arbeitgeber bestellte Betriebsärzte (Betriebsärzte) und überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten		
Als Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 Nr. 6 der CoronaimpfV beantrage ich die Registrierung zur Abrechnung von Leistungen nach § 6 Abs. 1, 3 bis 5 gemäß der CoronaimpfV bei der Kassenärztlichen Vereinigung.		
	Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 Nr. 6 CoronaimpfV	Mögliche Leistungen nach § 6 Abs. 1, 3 bis 5 CoronaimpfV
<input type="checkbox"/>	Facharzt für Arbeitsmedizin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ (Betriebsärzte)	<ul style="list-style-type: none"> - Schutzimpfung (inkl. Teilnahme an der Impfsurveillance nach § 4 CoronaimpfV) - Ausstellung eines COVID-19-Impfzertifikats nach § 22a Abs. 5 IFSG für eine Person, die von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde - Ausstellung eines COVID-19-Impfzertifikats nach § 22a Abs. 5 IFSG für eine Person, die nicht von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde - Nachtragung einer Schutzimpfung in einem Impfausweis für eine Person, die nicht von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde
<input type="checkbox"/>	Vom Arbeitgeber bestellter Betriebsarzt, der noch nicht über die erforderliche Fachkunde verfügt	
<input type="checkbox"/>	Überbetrieblicher Dienst von Betriebsärzten	
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass folgende Unterlagen dem Datenblatt beigelegt sind: <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis der Approbation (Durchschrift) - Liste der Namen und Anschriften der Unternehmen, für die ich als Betriebsarzt bzw. Betriebsärztlicher Dienst tätig bin. - Bestätigung des Arbeitgebers, dass, sofern noch nicht über die erforderliche Fachkunde verfügt wird, in einer festzulegenden Frist eine Fortbildung stattfindet. 	
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, <ul style="list-style-type: none"> - dass ich als Betriebsarzt oder als überbetrieblicher Dienst von Betriebsärzten, die Anbindung an die Impfsurveillance nach § 4 CoronaimpfV sichergestellt habe und – sofern eine Schutzimpfung durchgeführt wurde – an der Impfsurveillance teilnehme. Für die Datenübermittlung nutze ich das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 des IFSG. - 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. - dass zur Leistungserbringung nicht auf die Infrastruktur der Impfzentren nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 CoronaimpfV zurückgegriffen wurde. - dass der gesamte zur Verfügung gestellte Impfstoff einer Bestellung an einem Ort (Impfstelle) verabreicht wird, der über eine geeignete Infrastruktur zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Handhabung der Impfstoffe gegen Covid-19, insbesondere hinsichtlich der Anforderungen, die sich aus den Fachinformationen der Impfstoffe ergeben, verfügt (§ 3 Abs. 5 CoronaimpfV). 	

Teilnahme als zuständige Stelle der Länder, insbesondere Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OEGD), die vom öffentlichen Gesundheitsdienst beauftragten Dritten, Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 SGB V

Als Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 oder 3 beantrage ich die Registrierung zur Abrechnung von Leistungen nach § 6 Abs. 1, 3 bis 5 gemäß der CoronaimpfV bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

	Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 oder 3 CoronaimpfV	Mögliche Leistungen nach § 6 Abs. 1, 3 bis 5 CoronaimpfV
<input type="checkbox"/>	Zuständige Stelle der Länder, insbesondere Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OEGD)	<ul style="list-style-type: none"> - Schutzimpfung (inkl. Teilnahme an der Impfsurveillance nach § 4 CoronaimpfV) - Ausstellung eines COVID-19-Impfzertifikats nach § 22a Abs. 5 IFSG für eine Person, die von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde - Ausstellung eines COVID-19-Impfzertifikats nach § 22a Abs. 5 IFSG für eine Person, die nicht von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde - Nachtragung einer Schutzimpfung in einem Impfausweis für eine Person, die nicht von dem jeweiligen Leistungserbringer geimpft wurde
<input type="checkbox"/>	Vom öffentlichen Gesundheitsdienst beauftragter Dritter	
<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	
<input type="checkbox"/>	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 107 SGB V	
<input type="checkbox"/>	<p>Ich bestätige,</p> <ul style="list-style-type: none"> - dass wir als zuständige Stelle der Länder, insbesondere Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OEGD) als vom öffentlichen Gesundheitsdienst beauftragter Dritter, als Krankenhaus oder als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 107 SGB V, die Anbindung an die Impfsurveillance nach § 4 CoronaimpfV sichergestellt haben und – sofern eine Schutzimpfung durchgeführt wurde – an der Impfsurveillance teilnehmen. - Für die Datenübermittlung nutzen wir das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 des IFSG. - dass der gesamte zur Verfügung gestellte Impfstoff einer Bestellung an einem Ort (Impfstelle) verabreicht wird, der über eine geeignete Infrastruktur zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Handhabung der Impfstoffe gegen Covid-19, insbesondere hinsichtlich der Anforderungen, die sich aus den Fachinformationen der Impfstoffe ergeben, verfügt 	
<input type="checkbox"/>	<p>Ich bestätige,</p> <ul style="list-style-type: none"> - dass als vom öffentlichen Gesundheitsdienst beauftragter Dritter folgende Unterlage dem Datenblatt beigelegt ist: Nachweis der Beauftragung vom öffentlichen Gesundheitsdienst 	

Ich bestätige durch meine Unterschrift verbindlich, dass nur solche Leistungen abgerechnet werden, die die Vorgaben der CoronaimpfV erfüllen und die Abrechnungsdokumentation bis zum 31. Dezember 2024 aufzubewahren.

Die „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2“ (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaimpfV) ist uns bekannt. Über die Regelungen der KBV für Leistungserbringer und die Abrechnungsanweisungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung informieren wir uns 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. Die notwendigen Dokumentationen werden wir prüfungssicher und unverändert aufbewahren. Ich versichere darüber hinaus ausdrücklich, dass nur solche Leistungen von mir/uns abgerechnet werden die tatsächlich von mir/uns persönlich oder unter meiner/unserer direkten Weisung erbracht wurden. Zudem bestätige ich, für die jeweils abgerechneten Leistungen keine Vergütung durch einen Dritten erhalten zu haben oder die durch den Dritten erhaltene Vergütung an diesen zurückzuzahlen.

Ort, Datum und Unterschrift

Sofern der Unterzeichner nicht auch die Person nach 3. oder 4. ist:
Der Unterzeichner bestätigt, zur Antragstellung von der Person nach 1. oder 3. befugt zu sein.

Ort, Datum und Unterschrift

Der Antragsteller wird darauf hingewiesen, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die der Antragsteller übermittelt hat, 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.

Wird von der KVWL ausgefüllt

ID (9-stellig) für die
Datenübermittlung

B	A	S	O	O				
---	---	---	---	---	--	--	--	--