



## ANTRAG AUF REGISTRIERUNG ZUR ABRECHNUNG VON LEISTUNGEN NACH DER **Coronavirus-Impfverordnung**

ID für interne Zwecke:	9	4							
Prüfziffer									

(wird von der KVBB ausgefüllt)

### Verbindliche Selbstauskunft zur Anmeldung für die Vergütung der Leistungen nach der Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV).

<b>1. Praxis/Krankenhaus/ÖGD</b>	
<b>2. Unterzeichner</b>	
Name	
Titel	
Telefon/Mobil:	
E-Mail:	
<b>2. Anschrift Praxis/KH/ÖGD</b>	
Straße	
Adresszusatz:	
PLZ/Ort:	
<b>3. Anerkennungen WBO</b>	
Facharzt/Schwerpunkt	
Zusatzbezeichnung	
LANR	
<b>8. Geschäftskonto</b>	
Kontoinhaber:	
IBAN:	D E
BIC:	
Name der Bank:	

	<b>Als Leistungserbringer beantrage(n) ich/wir die Registrierung zur Abrechnung von Leistungen nach der CoronaimpfV bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und bin/sind tätig als:</b>
	Niedergelassene/r Privatärztin/-arzt
	Betriebsärztin/-arzt als eigenständige/r Leistungserbringer/in ohne Anstellungsverhältnis
	Krankenhaus/Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 107 SGB V
	Kommunaler Akteur/Öffentlicher Gesundheitsdienst

	Die Handreichung zu Impfstoffen und Zubehör vom "BDA die Arbeitgeber" ist mir bekannt.
	Dem Antrag ist die Teilnahmebescheinigung von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle e. V. beigefügt.
	Ich versichere, dass die Durchführung einer Impfung ausschließlich durch Ärzte mit entsprechender Qualifikation erfolgt. Die Prüfung der fachlichen Voraussetzungen erfolgt durch den Antragsteller.

Die „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2“ (CoronaimpfV) in der gültigen Fassung ist mir/uns bekannt.  
(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen.html>)

Über die Regelungen der KBV für die Leistung und die Abrechnungsmöglichkeiten informiere/n ich/wir mich/uns regelmäßig ([https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Vorgaben\\_Coronavirus-Impfverordnung\\_2021-06-07.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Vorgaben_Coronavirus-Impfverordnung_2021-06-07.pdf)).

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 zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass ich keinen Vergütungsanspruch habe, sofern ich im Rahmen eines betriebsärztlichen Beschäftigungsverhältnisses in einem Betrieb oder im Rahmen einer Tätigkeit für einen überbetrieblichen Dienst von Betriebsärzten Impfleistungen erbracht habe.

---

Ort, Datum und Unterschrift