

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

- gem. § 3 Abs. 1 S. 1 CoronalmpfV zuständige Stelle des Landes
- von der zuständigen Stelle des Landes Beauftragter Dritter
- Krankenhaus
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 SGB V

(bei Mehrfachauswahl bitte getrennte Anträge einreichen)

Wirkungsstätte			
Ansprechpartner (Name, Vorname)			
Anschrift			
PLZ, Ort			
Geburtsdatum			
Tel.		Mobil:	
E-Mail			

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:

Krankenhaus	
<input type="checkbox"/>	Leistungserbringer nach der CoronalmfV als Krankenhaus, gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3.
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass gemäß § 3 Abs. 1 Satz 6 CoronalmfV die Anbindung an die Impfsurveillance nach § 4 für die Teilnahme an den Impfungen sichergestellt ist.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 SGB V	
<input type="checkbox"/>	Leistungserbringer nach der CoronalmfV als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3.
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass gemäß § 3 Abs. 1 Satz 6 CoronalmfV die Anbindung an die Impfsurveillance nach § 4 für die Teilnahme an den Impfungen sichergestellt ist.

zuständige Stelle des Landes	
<input type="checkbox"/>	Leistungserbringer nach der CoronalmfV als zuständige Stelle des Landes gem. § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 CoronalmfV
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass gemäß § 3 Abs. 1 Satz 6 CoronalmfV die Anbindung an die Impfsurveillance nach § 4 für die Teilnahme an den Impfungen sichergestellt ist.

Beauftragte Dritte	
<input type="checkbox"/>	Leistungserbringer nach der CoronalmfV als durch von der zuständigen Stelle des Landes beauftragte Dritte gem. § 3 Abs. 1 S. 1 Nr.1 CoronalmfV.
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass gemäß § 3 Abs. 1 Satz 6 CoronalmfV die Anbindung an die Impfsurveillance nach § 4 für die Teilnahme an den Impfungen sichergestellt ist.

<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-IMPFFVERORDNUNG“ 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.