



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Abt. Regelwerk und Stammdaten
E-Mail: DM-Team.Stammdaten@kvwl.de
Telefax: 0231 9432 80608
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

**Antrag auf Erteilung einer Betriebsstättennummer (BSNR) bei der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) zur
Abrechnung von ärztlichen Untersuchungen nach dem
Jugendarbeitsschutzgesetz (§§ 32 ff JArbSchG über das Land NRW
für Ärztinnen und Ärzte, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung in Westfalen-Lippe
zugelassen sind**

Bitte füllen Sie die Angaben leserlich, vollständig und in Druckbuchstaben aus

<u>Persönliche Daten:</u>	
ab/seit	Titel
Vorname*	Name*
Geburtsdatum*	Geburtsort*
Approbation vom* (siehe Nr. 4 des Antrags)	durch*
Fachgebietsbezeichnung	
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR - falls vorhanden)	
<u>Wohnanschrift:</u>	
Straße/Nr.*	
PLZ*	Ort*
Telefon-Nr.*	Fax-Nr.
E-Mail	
<u>Praxis- bzw. Tätigkeitsort:</u>	
Straße/Nr.*	
PLZ*	Ort*
Telefon-Nr.*	Fax-Nr.
E-Mail	

Hiermit beantrage ich eine Betriebsstättennummer für die Abrechnung und Vergütung von ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (§§ 32 ff. JArbSchG)

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnungserklärung ist je Quartal mit den Kostenforderungen als Abrechnungsvoraussetzung bei der KVWL einzureichen.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Anschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail-Adresse an das Land Nordrhein-Westfalen, vertreten durch die Bezirksregierung Düsseldorf, zwecks Erstattung der verauslagten Untersuchungskosten an die KVWL einverstanden.
4. **Den beglaubigten Nachweis über meine Approbation habe ich diesem Antrag beigefügt** (Die Nachweise sind nur beizufügen, sofern sie der KVWL nicht vorliegen).

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)