

Wichtig: die Felder, die nicht ausgefüllt sind, sind keine Pflichtfelder



Nicht-Mitglieder

*= Pflichtfelder

Antrag auf Registrierung

Selbsterklärung zur Registrierung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur Abrechnung von Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung vom 08. März 2021 (TestV)

- **Ausfüllhilfe**

Verbindliche Selbstausskunft zur Anmeldung zum Abrechnungsverfahren für Leistungen und/oder Sachkosten gemäß der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2

1. Angaben zum Antragssteller

Name der Einrichtung*

Physiotherapie Mustermann

Straße*

Musterstraße

Hausnummer*

99

PLZ*

99999

Ort*

Musterstadt

2. Identifikatoren

Betriebsstättennummer (sofern vorhanden) Handelsregisternummer (sofern vorhanden) Institutionskennzeichen (sofern vorhanden)

3. Vertretungsberechtigte Person/ Verantwortliche Person



Aktualisiert am 22. März 2021
Seite 001 von 006

Kompetent • Verlässlich • Nah

Anrede*	Titel	Vorname*	Nachname*
<input type="text" value="Herr"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Max"/>	<input type="text" value="Mustermann"/>
Telefonnummer*		Mobilfunknummer*	E-Mail*
<input type="text" value="123456789"/>		<input type="text" value="0123456789"/>	<input type="text" value="max.mustermann@mu"/>

4. Stellvertreter

Anrede	Titel	Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer		Mobilfunknummer	E-Mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Antragssteller (sofern abweichend von Punkt 3. und 4.)

Anrede	Titel	Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer		Mobilfunknummer	E-Mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Kontoverbindung

Hinweis: Für KV-Mitglieder kann die KV die Standard- Bankverbindung auswählen.

Kontoinhaber*

IBAN*

Name der Bank*

BIC (nur bei Zahlung außerhalb SEPA)

7. Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 TestV oder Einrichtungen und Unternehmen nach § 6 Absatz 3 TestV

Auswahl*

Bitte füllen Sie bei der Beantragung als "Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 TestV" nur die Fragen zu 7.1. aus, bei der Beantragung als "Einrichtungen und Unternehmen nach § 6 Absatz 3 TestV" nur die Fragen zu 7.2. .

7.1. Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 TestV (nur auszufüllen, wenn dies zutrifft, ansonsten weiter unter 7.2.)

Als Leistungserbringer beantrage(n) ich/wir die Registrierung zur Abrechnung von Leistungen in den Fällen von §2, 3 und 4 Absatz 1 Nr. 1 gemäß der TestV bei der Kassenärztlichen Vereinigung und sind tätig auf folgender Grundlage:

Auswahl Leistungserbringer nach TestV

- Der Antragsteller bestätigt, für eine beantragte Labordiagnostik nach den §§ 9 und 10 TestV vor Aufnahme der Tätigkeit ein Qualitätssicherungssystem nach § 9 MPBetreibV eingerichtet zu haben.
- Ich/ wir haben zur Kenntnis genommen, dass bei einer Registrierung nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 TestV der Nachweis der Beauftragung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst dem Antrag beizufügen ist.

- Ich/ wir bestätige(n), dass bei einer Registrierung nach § 6 Absatz 1 S. 1 Nummer 2 TestV (Apotheke als vom öffentlichen Gesundheitsdienst beauftragter Dritter) die beigefügte Beitrittserklärung entsprechend den Regelungen des Vertrages zwischen dem Landesverband der Apotheken Niedersachsen e.V. (LAV) und Land dem LAV zugegangen ist. Ich/ wir bestätige(n), dass ich Mitglied beim Landesverband der Apotheken Niedersachsen e.V. (LAV) bin und meinen Sitz in Niedersachsen habe.

Nachweis der Beauftragung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (Dateiformat: .PDF, TIFF, JPEG)

Angehängte Datei:

7.2. Einrichtungen und Unternehmen nach § 6 Absatz 3 TestV (nur auszufüllen, wenn dies zutrifft, ansonsten bitte 7.1. ausfüllen)

Als Einrichtung oder Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nr. 1 bis 5 TestV, beantrage(n) ich/wir ausschließlich die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigen-Tests gemäß § 11 TestV in den Fällen nach § 4 Absatz 1 Nr. 2 und 3 TestV.

Es wird erklärt, dass für die Testungen eine Feststellung der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes beantragt ist, in der die Menge der genehmigten PoC-Antigen-Testungen festgestellt wird. Satz 2 gilt nicht für Rettungsdienste. Abweichend von Satz 1 können stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste der Eingliederungshilfe (§ 4 Abs. 2 Nr. 4 TestV) auch weitere Leistungen nach § 12 Nummer 2 abrechnen.

Es handelt sich um eine Einrichtung nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes wie folgt:

Auswahl Einrichtung oder Unternehmen nach § 6 Absatz 3 TestV

Sonstige humanmedizinische Heilberufe (§ 4 Abs. 2 Nr. 5 TestV)

- Als Verantwortlicher erkläre ich verbindlich, dass die Einrichtung - keine nach § 72 SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtung oder - kein nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 3 SGB XI erlassenen Landesrechts anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag ist.

8. Weitere verpflichtende Angaben und Erklärungen

Angabe zum Leistungserbringer und zur Vergütung (vgl. § 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12 TestV)*

Die Einrichtung wird nicht ärztlich geleitet.

- Für den Leistungserbringer bestätige ich verbindlich, dass nur solche Leistungen abgerechnet werden, die die Vorgaben im Dokument „Pflichten der Leistungserbringer“ erfüllen und die Abrechnungsdokumentation bis zum 31. Dezember 2024 aufzubewahren.*

- Ich nehme zur Kenntnis das Labordiagnostische Leistungen nach den §§ 9 und 10 TestV grundsätzlich auftragsbezogen zu dokumentieren und abzurechnen sind. Für Sachkosten nach § 11 TestV und für weitere Leistungen gemäß § 12 TestV sind Sammelabrechnungen vorzunehmen. Die Abrechnung ist ausschließlich in elektronischer und elektronisch verarbeitbarer Form nach den Vorgaben der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zulässig. Die Bearbeitung von nicht den Vorgaben genügenden Abrechnungsunterlagen kann abgelehnt werden.*

- Die „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2“ (Coronavirus-Testverordnung) 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>). Wir versichern bereits jetzt die Einhaltung der Vorgaben sowie die Richtigkeit der jeweils zu übermittelnden Daten und der jeweiligen Beauftragung. Die notwendigen Dokumentationen werden wir prüfungssicher und unverändert aufbewahren. Darüber hinaus bestätigen wir, 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.*

- Hiermit erkläre ich verbindlich und verpflichtend, dass ich die in der Allgemeinverfügung und in der dazugehöriger Anlage des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung - AV d. MS. v. 12.03.2021 - Az. CorS2 - -41609-11-3 – benannten Voraussetzungen erfülle und keine Leistungsuntersagung der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde vorliegt.*

- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die übermittelt wurden, ohne Einwilligung gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. c), Absatz 3 DSGVO i.V.m. den Aufgaben der Coronavirus-Testverordnung für die Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen im erforderlichen Umfang erfolgt. Die weitergehenden [Datenschutzhinweise](#) habe ich zur Kenntnis genommen.*

- Der Absender nach 3. oder 4. bestätigt, dass er zur Antragsstellung bevollmächtigt ist. Sofern der Absender nicht die Person nach 3. oder 4. ist, wird bestätigt, dass der Absender zur Antragstellung von der Person nach 3. oder 4. bevollmächtigt ist.*

Bitte geben Sie die angezeigte Buchstabenreihenfolge in das untere Feld ein. [neu laden](#)

Absenden