



Antrag

auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von **Impfleistungen über die Fachgebietsgrenzen hinaus**

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder
vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen **oder** angestellt ab:
oder persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

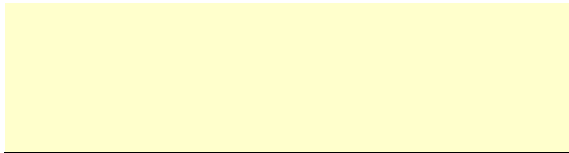
E-Mail:

Fachliche Voraussetzungen

Der Nachweis über die Teilnahme an einem Impfseminar der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer ist beigefügt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis,

zur Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL.



Ort u. Datum



Unterschrift des Antragstellers

**Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)**