

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

**Teilnahmeerklärung zum Rahmenvertrag zur Behandlung und Betreuung chronisch Kranker gemäß § 73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: _____ Zuname: _____</p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: _____ Straße: _____</p> <p>LANR: _____ ☎ _____ ☎ _____ @ _____</p>	<p>für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: _____ Zuname: _____</p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: _____ Straße: _____</p> <p>LANR: _____ ☎ _____ ☎ _____ @ _____</p>
--	--

<p><b>Tätig in:</b> Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: _____</p>
--	----------------------

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: _____	4. BSNR: _____
2. BSNR: _____	5. BSNR: _____
3. BSNR: _____	

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

## Teilnahmeantrag Arzt

Mit diesem Teilnahmeantrag verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelung des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln.

	Versorgungsebene 1	Versorgungsebene 2
DMP KHK		
DMP Asthma		
DMP COPD		

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	<hr/>
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	<hr/> Unterschrift ausführender, angestellter Arzt