

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag zu dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf Grundlage § 140a SGB V zwischen der KV Schleswig-Holstein und dem BKK-Landesverband NORDWEST (gemäß Anlage 9 Verzeichnis über teilnehmende Betriebskrankenkassen)

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
--	--

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

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinmedizin		
	<input type="checkbox"/> Praktischer Arzt		
	<input type="checkbox"/> Hausärztlich tätiger Internist		
	<input type="checkbox"/> Ich betreue durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal		
	<input type="checkbox"/> Ich mache mich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildungen mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages vertraut		
Organisatorische/bauliche Voraussetzungen	Teilnahmevoraussetzungen: Ich bin einverstanden mit der <ul style="list-style-type: none"> ☞ Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungsverzeichnis ☞ Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner ☞ Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der KVSH 		
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☞ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 		
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:	ja	nein
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Urkunde der Facharztanerkennung ☞ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☞ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☞ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Inhalte des Vertrages über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage § 140a SGB V zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich diese entsprechend umzusetzen.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

Stand: März 2020

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

