

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Anlage 2 – Konservativ tätiger Arzt

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie mit der BAHN-BKK

<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“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“).

Beantragte Leistung	99561F	
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mit Ansetzen der Ziffer 99561F für die Nachbehandlung des erfolgten Eingriffs verpflichte ich mich zur dritten Nachbehandlung. Ebenfalls verpflichte ich mich, den von dem HNO-Operateur in geeigneter Form (Fax oder postalisch) übermittelten Dokumentationsbogen in Papierform nach Anlage 8 auszufüllen und unverzüglich, ebenfalls in geeigneter Form, an den HNO-Operateur zurück zu übermitteln. Die Rückübermittlung des ausgefüllten Dokumentationsbogens ist für das Ansetzen der Ziffer 99561F verpflichtende Voraussetzung. ☛ In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 5-8, der Pflichten und des Leistungsumfangs der konservativ tätigen Ärzte nach §§ 9 und 10, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an dem BAHN-BKK-Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von Tonsillotomien im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. ☛ Die Teilnahmevoraussetzungen, die Pflichten der konservativ tätigen Ärzte sowie Bestimmungen zu Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen sind im Einzelnen im Vertrag aufgeführt. ☛ Ich verpflichte mich, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. ☛ Ich willige ein, dass <ul style="list-style-type: none"> • mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer unter www.kvsh.de veröffentlicht wird. • die im Rahmen des Vertrags gewonnenen Daten zu Abrechnungs- und Evaluationszwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Nutzung der Daten zum Zwecke der Evaluation erfolgt intern in pseudonymisierter Form und bei einer Übermittlung an ein wissenschaftliches Institut in anonymisierter Form. ☛ Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende eines Quartals widerrufen werden kann sowie ohne Einwilligungserklärung nicht möglich ist. ☛ 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.	

Ich bestätige, den Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

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

