

**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 des Diabetes mellitus auf Grundlage § 73c SGB V zwischen der KV Schleswig-Holstein und der DAK Gesundheit sowie den beigetretenen Kassen: Kaufmännischen Krankenkasse – KKH, Techniker Krankenkasse – TK und der Hanseatische Krankenkasse – HEK**

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 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: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</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.

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt <input type="checkbox"/> Hausärztlich tätiger Internist <input type="checkbox"/> Fachärztlich tätiger Internist mit einer Genehmigung zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Ich betreue durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal
<b>Organisatorische/bauliche Voraussetzungen</b>	<b>Teilnahmevoraussetzungen:</b> Ich bin einverstanden mit der <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungsverzeichnis</li> <li>☞ Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner</li> <li>☞ Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der KVSH</li> </ul>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☞ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☞ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☞ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☞ Arbeitszeugnisse</li> </ul>
ja  <input type="checkbox"/>	nein  <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Inhalte des Vertrages über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage § 73c SGB V zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich diese entsprechend umzusetzen.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

Stand: August 2019

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

