

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Anlage 8

Antrag zur Teilnahme am Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage § 140a SGB V zwischen der KV Schleswig-Holstein und der DAK-Gesundheit sowie den beigetretenen Krankenkassen

| | |
|---|---|
| <p>Allgemeine Hinweise</p> | <p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. |
| <p>Betriebsstätten</p> | <p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p> |
| <p>Fachliche Voraussetzungen</p> | <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinmedizin</p> <p><input type="checkbox"/> Praktischer Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> Hausärztlich tätiger Internist</p> <p><input type="checkbox"/> Fachärztlich tätiger Internist mit einer Genehmigung zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus</p> <p><input type="checkbox"/> Ich betreue durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal</p> |

| | |
|---|---|
| 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 |
| 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 der KVSH die Urkunde der Facharztanerkennung aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen. <input style="float: right;" type="checkbox"/> |
| Zustimmung | Ich bestätige, die Inhalte des Vertrages zur Kenntnis genommen. <input style="float: right;" type="checkbox"/> |

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt