

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: September 2022

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

## Antrag zur Teilnahme am Vertrag Checkup+ auf der Grundlage § 140a SGB V zwischen der KV Schleswig-Holstein und der AOK

<b>Allgemeine Hinweise</b>	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt <input type="checkbox"/> Hausärztlich tätiger Internist <input type="checkbox"/> Regelmäßige (mindestens jährliche) Teilnahme an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen oder anerkannten Qualitätszirkeln gemäß des Vertrages.
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> Ich verfüge über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung, sofern ich diese persönlich erbringe.
<b>Organisatorische Voraussetzungen</b>	Ich bin einverstanden mit der <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungsverzeichnis.</li> <li><input type="checkbox"/> Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner.</li> <li><input type="checkbox"/> Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der KVSH.</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 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>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	Ich bestätige, die Inhalte des Vertrages zur Kenntnis genommen zu haben.	<input 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