

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Teilnahmeerklärung zum Rahmenvertrag zur Behandlung und Betreuung chronisch Kranker gemäß § 73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Teilnahmeantrag Arzt

Anlage 1

Mit diesem Teilnahmeantrag verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelung des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln.

	Versorgungsebene 1	Versorgungsebene 2
DMP KHK		
DMP Asthma		
DMP COPD		

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