

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

Wichtiger Hinweis	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.		
Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <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. die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 		
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:		
	(N)BSNR:	_____	_____
Fachliche Voraussetzungen	<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	

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/datenschutz
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. <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

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