

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: April 2023

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

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

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

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

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

### Anlage 3

**Antrag zur Teilnahme am Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage § 140a SGB V zwischen der KV Schleswig-Holstein und dem BKK-Landesverband NORDWEST handelnd für die beigetretenen Krankenkassen (gemäß Anlage 9 Verzeichnis über teilnehmende Betriebskrankenkassen)**

<b>Wichtiger Hinweis</b>	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.	
<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>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
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	Hausärztlich tätiger Internist
	<input type="checkbox"/>	Ich betreue durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal
	<input type="checkbox"/>	Ich mache mich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildungen mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages vertraut

<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>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de/datenschutz">www.kvsh.de/datenschutz</a>
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	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