

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag (Hausarzt): Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen Kinder U10/U11 und J2 zwischen der Techniker Krankenkasse, der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung (KBV und der bvkJ.Service GmbH) sowie zwischen der AOK NordWest, der KVSH und der bvkJ.Service GmbH

<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>Leistungen</p>	<p><input type="checkbox"/> U10/U11 im Rahmen des Vertrages mit der Techniker Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> U10/U11 im Rahmen des Vertrages mit der Knappschaft</p> <p><input type="checkbox"/> J2 im Rahmen des Vertrages mit der Techniker Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> J2 im Rahmen des Vertrages mit der Knappschaft</p> <p><input type="checkbox"/> U10/U11/J2 im Rahmen des Vertrages mit der AOK NordWest</p>
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p>U10/U11 mit der Techniker Krankenkasse:</p> <p><input type="checkbox"/> Zugelassener Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin (§ 5 Abs. 2) -bitte beifügen-</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1 bis einschließlich J1) nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb des letzten vier Quartale (§ 5 Abs. 3)</p>

Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	oder Begründung zur Teilnahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung (§ 5 Abs. 4) -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/>	U10/U11 mit der Knappschaft: Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1 bis einschließlich J1) nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Quartale (§ 5 Abs. 2)
	<input type="checkbox"/>	oder Begründung zur Teilnahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung (§ 5 Abs. 3) -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/>	J2 Techniker Krankenkasse: <u>Für zugelassene Fachärzte</u> Nachweis (Facharzt-Anerkennung) über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin (§ 5 Abs. 2) -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/>	<u>Für Hausärzte im Sinne des § 73 Abs. 1a</u> Nachweis über mindestens 6 Fortbildungspunkte auf dem Gebiet der Jugendmedizin (§ 5 Abs. 3) -bitte beifügen- In diesem Zusammenhang verpflichte ich mich, den Fortbildungsnachweis (mindestens 6 Fortbildungspunkte im Gebiet der Jugendmedizin) jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr bis spätestens zum 31.12. eines jeden Jahres bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass der Fortbildungsnachweis nicht bis 31.12. eines jeden Jahres erbracht wird, die Teilnahmegenehmigung erlischt.
<input type="checkbox"/>	J2 Knappschaft: Nachweis über mindestens 6 Fortbildungspunkte auf dem Gebiet der Jugendmedizin (§ 5 Abs. 2) -bitte beifügen- In diesem Zusammenhang verpflichte ich mich, den Fortbildungsnachweis (mindestens 6 Fortbildungspunkte im Gebiet der Jugendmedizin) jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr bis spätestens zum 31.12. eines jeden Jahres bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass der Fortbildungsnachweis nicht bis 31.12. eines jeden Jahres erbracht wird, die Teilnahmegenehmigung erlischt.	
<input type="checkbox"/>	U10/U11/J2 AOK NordWest: Durchführung von mindestens 30 Vorsorgeuntersuchungen U8 und/oder U9 je Quartal in den letzten vier Quartalen vor Antragstellung (§ 4 Abs. 2b)	
<input type="checkbox"/>	Nachweis über mindestens 10 pädiatrische Fortbildungspunkte im letzten Jahr vor Antragstellung (§ 4 Abs. 2c) -bitte beifügen-	
<input type="checkbox"/>	Nachweis über eine einjährige pädiatrische Weiterbildung (§ 4 Abs. 2a) -bitte beifügen-	
<input type="checkbox"/>	oder Begründung zur Teilnahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung (§ 4 Abs. 2) -bitte beifügen-	

Fachliche Voraussetzungen	Teilnahmevoraussetzungen Ich bin einverstanden mit <ul style="list-style-type: none"> - einer Kostenpauschale „Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche“ von 1,7% je von mir erbrachten und abgerechneten Vertragsleistungen, die durch die KVSH im Rahmen der Abrechnung zusätzlich zur allgemeinen Verwaltungskostenumlage in Abzug gebracht und an die bvkj.Service GmbH weitergeleitet wird. - der Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungserbringerverzeichnis. - der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses durch die KVSH an die teilnehmenden Vertragspartner. - der 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 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"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>
Zustimmung	Ich bestätige, die Verträge 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