

Antrag auf Genehmigung: Teilnahme am Gestationsdiabetes-Vertrag

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragungsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

☐ alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen

- Genehmigung zur Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt am DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- die Inhalte des Vertrages akzeptiert und die im Vertrag beschriebenen Aufgaben wahrgenommen werden.
- mein Name und die Praxisadresse auf der Homepage der KVSH (www.kvsh.de) veröffentlicht werden können.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.