

Abteilung Qualitätssicherung





Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung einer genehmigungspflichtigen Leistung „Gesund schwanger“ zur Vermeidung von Frühgeburten gemäß der Vereinbarung nach § 140a SGB V für Fachärzte der Fachrichtung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
--	--

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> Risikoscreening, Frühultraschall und Infektionsscreening (GOP 81300), (GOP 81301), (GOP 81302) <input type="checkbox"/> Laborleistung (im praxiseigenem Labor) (GOP 81303)		
Fachliche Voraussetzungen	<p>Ich verfüge über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung ultraschalldiagnostischer Leistungen für den Anwendungsbereich „Geburtshilfliche Basisdiagnostik“.</p> <p>Laborleistungen Ein zur Durchführung und Abrechnung der Laborleistungen nach Anlage 5 des o. g. Vertrages notwendiges gültiges Zertifikat der erfolgreichen Teilnahme an einem Ringversuch Gram-Färbung oder an einem dieses Verfahren inkludierenden Ringversuches, entsprechend den für alle Ärzte gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen liegt mir vor.</p> <p>Wenn nein: Ich werde das Zertifikat innerhalb von 12 Monaten nach Teilnahme am Vertrag „Gesund schwanger“ nachreichen.</p>	ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 		
Hinweis zum Datenschutz	Siehe beigefügte Anlage zur Datenerhebung und Datenverarbeitung		
Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Urkunde der Facharztanerkennung Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung Arbeitszeugnisse 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die o. g. Vereinbarung „Gesund schwanger“ nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

