

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

### Anlage 5

## Antrag zur Teilnahme am Vertrag zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen – „Hallo Baby“ als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></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 Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></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><b>Tätig in:</b> 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><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></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"/>	

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

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> Ich bin Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe <input type="checkbox"/> In meiner Praxis oder MVZ steht ein Phasenkontrastmikroskop zur Verfügung <input type="checkbox"/> KV-Genehmigung für Laborleistung Toxoplasmosesuchtest liegt vor <input type="checkbox"/> KV-Genehmigung für Laborleistung Streptokokken B-Test liegt vor <hr/> <input type="checkbox"/> Ich bin Facharzt/Fachärztin für Laboratoriumsmedizin
<b>Hinweise zur Datenverarbeitung</b>	<p>Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich an die zentrale Annahmestelle bei der BKK VAG Bayern, Züricher Str. 25, 81476 München weiter. Die VAG Bayern übernimmt die Vorprüfung auf Lesbarkeit und Teilnahme der BKK, die Sortierung nach BKK und die Weiterleitung an die jeweilige BKK.</p> <p>Verantwortlich für die Verarbeitung der Patientendaten ist die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern (VAG Bayern), Züricher Str. 25, 81476 München.</p> <p>Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten der Patienten wenden Sie sich an die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG Bayern), Datenschutzbeauftragter, Züricher Str. 25, 81476 München, <a href="mailto:datenschutz@bkk-lv-bayern.de">datenschutz@bkk-lv-bayern.de</a> oder an den Datenschutzbeauftragten der jeweiligen BKK.</p>
<b>Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der VAG Bayern / VAG Baden-Württemberg und den teilnehmenden Krankenkassen ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingter Geburtskomplikationen – „Hallo Baby“ als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V verarbeitet.</li> <li>☞ Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.</li> <li>☞ Die VAG Bayern / VAG Baden-Württemberg, die teilnehmenden Krankenkassen und die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung erhalten LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende nach Bestätigung der Vertragsteilnahme an dem Vertrag durch das aus den Daten erstellte Teilnehmerverzeichnis.</li> <li>☞ Die Daten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung an die VAG Bayern / VAG Baden-Württemberg weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf den Homepages der beteiligten BKK Vertragsarbeitsgemeinschaften sowie der beteiligten Krankenkassen veröffentlicht.</li> <li>☞ Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.</li> <li>☞ Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).</li> </ul>

<b>Information über Ihre Rechte</b>	<p>Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).</p> <p>Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.</p> <p>Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an jede für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zuständige Aufsichtsbehörde richten.</p>		
<b>Erklärung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Mir sind die Ziele und die Inhalte des o. a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.</li> <li>☞ In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.</li> </ul>		
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>		
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>		
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH die Urkunde der Facharztanerkennung aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen.</p>	ja  <input type="checkbox"/>	nein  <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, den o. g. Vertrag zur Kenntnis genommen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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