

## Anlage 1

### Antrag zur Teilnahme am Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

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

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

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

oder

Eintragsnummer 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](http://www.kvsh.de/datenschutz).

#### Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.

#### Betriebsstätten

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

#### Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o. g. Vertrag gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages informiert und erfülle alle Teilnahme Kriterien nach § 14 des Vertrages (s. entsprechende Nachweise). **-bitte beifügen-**

#### Mir ist insbesondere bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist.
- meine Teilnahme mit der schriftlichen Bestätigung dieser Teilnahmeerklärung durch die KVSH oder AG Vertragskoordination beginnt.

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

- ich die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form in einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres gegenüber der KVSH bzw. der AG Vertragskoordinierung erklären kann.
- ich bei Verstoß meiner vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere der Verpflichtungen nach § 5 und nach § 13 von der Teilnahme am o. g. Vertrag ausgeschlossen werden kann.
- ich die Teilnahme Kriterien nach § 14 des o. g. Vertrages während der gesamten Programminhalte erfüllen muss.
- ich zum Erhalt der Teilnahmeberechtigung jedes Jahr die notwendigen Fortbildungen nach § 14 Abs. 1 des o. g. Vertrages schriftlich gegenüber der KVSH oder AG Vertragskoordinierung darlegen muss.
- ich mich in das Direktmailing nach § 13 Abs. 7 einschreiben muss.
- ich mit Beitritt zum o. g. Vertrag der Veröffentlichung meiner Daten in speziellen Verzeichnissen der Knappschaft nach § 13 Abs. 8 des o. g. Vertrags zustimme.

**Ich verpflichte mich darüber hinaus,**

- bei Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen die KVSH oder die AG Vertragskoordinierung umgehend darüber zu informieren.
- die Teilnahme von Patienten durch Einschreibung in meiner Praxis, umgehend der KV Nordrhein zu melden.
- während meiner Tätigkeit bei allen mir zur Verfügung gestellten Patientendaten größte Sorgfalt bei der Weiterverarbeitung einzuhalten und in jeder Phase der Datenverarbeitung die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

**Ich bestätige,**

- dass ich **nicht** an den Gesundheitsnetzen „prosper“ und/oder „proGesundheit“ teilnehme.

**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