

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

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

| | |
|---|---|
| <p>Ich stelle den Antrag 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>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.

| | |
|--------------------------------|--|
| Teilnahmeerklärung | <p>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 Teilnahmebedingungen nach § 14 des Vertrages (s. entsprechende Nachweise).</p> <p>Mir ist insbesondere bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ meine Teilnahme freiwillig ist. ☞ meine Teilnahme mit der schriftlichen Bestätigung dieser Teilnahmeerklärung durch die KVSH oder AG Vertragskoordination beginnt. ☞ 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 Vertragskoordination 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 Teilnahmebedingungen 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 Vertragskoordination 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. <p>Ich verpflichte mich darüber hinaus,</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ bei Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen die KVSH oder die AG Vertragskoordination 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. <p>Ich bestätige,</p> <p>dass ich nicht an den Gesundheitsnetzen „prosper“ und/oder „proGesundheit“ teilnehme.</p> |
| 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 | <p>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.</p> |

| | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|
| Einverständnis zum Datenschutz | 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. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|

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

| Ort, Datum | Praxisstempel | Unterschrift |
|---|--|---|
| 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 |