

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 Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH), dem Hausärzterverband Schleswig-Holstein (HÄV SH) und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

<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.

Teilnahme- voraussetzungen		ja	nein
Apparative Voraussetzungen	<p>Ich halte folgende apparative Mindestausstattung gemäß § 4 Abs. 5 in meiner Praxis bereit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ EKG ☞ Lungenfunktionstest – ggf. in Kooperation mit anderen Praxen 		
Organisatorische Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ich bin mit der Veröffentlichung und Weitergabe von Angaben aus dem Arztverzeichnis dieses Vertrages (Anlage 6) – Name, Vorname, Titel und Praxisanschrift mit Telefonnummer – an Versicherte der Vertragspartner einverstanden. ☞ Ich bin Mitglied im Hausärzterverband Schleswig-Holstein (für die Erhebung der Organisationspauschale gemäß § 12 des Vertrages) 		
IT Voraussetzungen	<p>Voraussetzungen gemäß § 4 Abs. 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Vertragsärztliche Leistungen werden mittels zertifizierter Praxissoftware abgerechnet. ☞ Praxis-DV-System, das insbesondere die elektronische Führung der Patientenakten und die Speicherung der Befunddaten sicherstellt sowie ein Recallsystem unterstützt. ☞ Die Praxis ist mit einer onlinefähigen Praxissoftware und Internetverbindung (E-Mail-Erreichbarkeit) ausgestattet. 		
Erklärung	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ich erkläre mich bereit, die Aufgaben nach § 6 des Vertrages zu erfüllen. ☞ Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages, auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind. 		
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. ☛ Die Teilnahme ist freiwillig. ☛ Der Vertrag findet nur Anwendung im Bereich der KVSH. 		
Hinweis zum Datenschutz	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutz-hinweise) 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