

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Anlage 1 – Operativ tätiger HNO-Arzt

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie mit der BAHN-BKK

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.
<p>Leistungen</p>	<p><input type="checkbox"/> 99561 A bis 99561 F</p> <p><input type="checkbox"/> 99561 H bis 99561 I</p> <p><input type="checkbox"/> 99561 P</p>
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</p> <p>Nachweis der Erfahrung bei der Durchführung von Tonsillotomien. Als Nachweis anerkannt werden Kopien der OP-Berichte, Kopien der Narkosejournale oder ähnliche dokumentierte Vorgänge, die einen Rückschluss auf die tatsächliche Durchführung des Eingriffs zulassen.</p> <p><input type="checkbox"/> Lasertonsillotomie</p> <p>Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 10 Tonsillotomien mit Laser bei Kindern oder alternativ durch Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 20 laserchirurgischen Eingriffen der HNO-Chirurgie bei Kindern an Weichteilgeweben. -bitte beifügen-</p>

Zustimmung	Weiterhin verpflichte ich mich, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.	<input type="checkbox"/>
	Ich erkläre mich mit der Begehung meiner Praxisräume bzw. derjenigen Räume, in denen der Eingriff der Tonsillotomie erfolgen wird in dem Umfang entsprechend der QS-Vereinbarung Ambulante Operationen zur Überprüfung der Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag einverstanden. Ich gestatte die Überprüfung bei Begehung und wirke in dem für die Begehung und Überprüfung erforderlichen Umfang mit. Mir ist bekannt, dass eine Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt.	<input type="checkbox"/>
	Ich willige ein, dass	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer unter www.kvsh.de veröffentlicht wird. ▪ die im Rahmen des Vertrags gewonnenen Daten zu Abrechnungs- und Evaluationszwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Nutzung der Daten zum Zwecke der Evaluation erfolgt intern in pseudonymisierter Form und bei einer Übermittlung an ein wissenschaftliches Institut in anonymisierter Form. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende eines Quartals widerrufen werden kann sowie ohne Einwilligungserklärung nicht möglich ist.	<input type="checkbox"/>
Ich bestätige, den Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie zur Kenntnis genommen zu haben.	<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt