

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Anlage 2 – Konservativ tätiger Arzt

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

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <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. 	
Leistung	99561F	
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____	
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Hinweis zum Datenschutz	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.	
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> Urkunde der Facharztanerkennung Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>

Zustimmung	Mit Ansetzen der Ziffer 99561F für die Nachbehandlung des erfolgten Eingriffs verpflichte ich mich zur dritten Nachbehandlung. Ebenfalls verpflichte ich mich, den von dem HNO-Operateur in geeigneter Form (Fax oder postalisch) übermittelten Dokumentationsbogen in Papierform nach Anlage 8 auszufüllen und unverzüglich, ebenfalls in geeigneter Form, an den HNO-Operateur zurück zu übermitteln. Die Rückübermittlung des ausgefüllten Dokumentationsbogens ist für das Ansetzen der Ziffer 99561F verpflichtende Voraussetzung.	<input type="checkbox"/>
	In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 5-8, der Pflichten und des Leistungsumfangs der konservativ tätigen Ärzte nach §§ 9 und 10, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an dem BAHN-BKK-Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von Tonsillotomien im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.	<input type="checkbox"/>
	Die Teilnahmevoraussetzungen, die Pflichten der konservativ tätigen Ärzte sowie Bestimmungen zu Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen sind im Einzelnen im Vertrag aufgeführt.	<input type="checkbox"/>
	Ich verpflichte 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 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"/>
	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