

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname:

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH:

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR:

Anlage 3 – Anästhesist

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.						
Leistungen	99561J bis 99561P						
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: <table border="1" data-bbox="571 1323 1487 1440"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <input type="checkbox"/> Ich bestätige die Durchführung von mindestens 20 Anästhesien an Kindern unter Vollnarkose im Zeitraum von 2 Jahren vor Antragstellung.						
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 FacharztanerkennungUrkunde einer ggf. erworbenen SchwerpunktbezeichnungUrkunde einer ggf. erworbenen ZusatzbezeichnungArbeitszeugnisse <input type="checkbox"/>						

Zustimmung	In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 5-8 und der Voraussetzungen der Anästhesisten nach § 6a, 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 Anästhesisten 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