

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

**Antrag auf Teilnahme an dem Vertrag über die besondere Versorgung nach § 140a SGB V zur Etablierung von Videosprechstunden mittels eVi® zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse**

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>	<p>für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Tätig in:</b> Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: _____	4. BSNR: _____
2. BSNR: _____	5. BSNR: _____
3. BSNR: _____	

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“).

<b>Facharzt</b>	Facharzt für: <input type="text"/>		
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<b>Apparative Voraussetzungen gem. Anlage 31b des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV)</b> ☞ Kamera ☞ Bildschirm (Monitor, Display etc.) - Bildschirmdiagonale: mindestens 3 Zoll - Auflösung: mindestens 640x480 px ☞ Bandbreite: mindestens 2000 kbit/s im Download ☞ Mikrofon und Tonwiedergabeeinheit sind vorhanden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Organisatorische Voraussetzungen</b>	Ich bin Mitglied im kooperierenden Praxisnetz Name des Praxisnetzes: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ein Kooperationsvertrag gem. § 119b SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in einem oder mehreren stationären Pflegeheimen liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein von mir vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IT Voraussetzungen</b>	Ich habe einen Vertrag mit dem Videodienstanbieter „eVi®“ gem. der Anforderungen der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.		
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, den Vertrag zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der Weitergabe meiner Daten im Rahmen des Vertrages und dessen Evaluierung gemäß der Anlage 7 zu.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

