

Abteilung Qualitätssicherung
 Bismarckallee 1-6
 23795 Bad Segeberg
 ☎ 04551/883 374
 @ qualitaetssicherung@kvsh.de

Anlage 1

Antrag auf Teilnahme zum Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V

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

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

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

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Arzt mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für „Innere Medizin“ mit dem Schwerpunkt „Gastroenterologie“ und Tätigkeit als Gastroenterologe oder <input type="checkbox"/>	Arzt mit einer Genehmigung zur Führung der Facharztbezeichnung für „Innere Medizin“ mit fachärztlicher Niederlassung und der Genehmigung zur Durchführung der Vorsorge-Koloskopie oder kurativen Koloskopie
Organisatorische/bauliche Voraussetzungen	Ich erfülle die nachfolgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> ☞ Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED Schwerpunktpraxis bng“ oder Betreuung von mehr als 50 CED-Patienten pro Jahr/Arzt (Nachweis in zumindest einem Jahr ab 2014) ☞ Jährlicher Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema CED mit zumindest 12 CME-Punkten/Jahr. Der Nachweis ist der KVSH jeweils bis zum 31. März des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr vorzulegen; erstmalig für das Jahr 2019 bis zum 31.03.2020. ☞ Regelmäßige Teilnahme an zumindest einem der beiden jährlich angebotenen Qualitätszirkel zu diesem Vertrag (in der Regel verbunden mit der 2x jährlich stattfindenden Tagung der bng-Regionalgruppe in Schleswig-Holstein). Der Nachweis ist der KVSH jeweils bis zum 31. März des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr vorzulegen; erstmalig für das Jahr 2019 bis zum 31.03.2020. 		
Personelle Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Der nicht-ärztliche Praxisassistent verfügt über das Zertifikat nach dem BÄK-Curriculum „CED-Versorgungsassistenz“ 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Das Zertifikat der weitergebildeten CED-Versorgungsassistenz ist der KVSH vorzulegen. 		
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. 		
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 und Mitarbeiterinnen 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 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bestätige hiermit, die Vereinbarung erhalten und den Inhalt einschließlich Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der Weitergabe meiner Daten im Rahmen des CED-Vertrages und dessen Abrechnung/Evaluierung/Bewerbung durch die KVSH und die BARMER zu.

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



Bitte beifügen

Stand: August 2019