

# Antrag auf Teilnahme am AOK NordWest Vertrag über die besondere Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ gemäß § 140a SGB V

Angaben des Antragstellers		
Titel	Vorname	Name
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		E-Mail
Institutionskennzeichen		

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte beantragt
Betriebsstätten Nr. (BSNR)

Teilnahme am Vertrag als
<input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Niedergelassener Facharzt <input type="radio"/> Krankenhaus <input type="radio"/> Diabetologische Schwerpunktpraxis <input type="radio"/> Diabetologische Fußambulanz

Fachliche Voraussetzungen
<input type="checkbox"/> Genehmigung zur Teilnahme am DMP Diabetes Typ 1 liegt vor <input type="checkbox"/> Genehmigung zur Teilnahme am DMP Diabetes Typ 2 liegt vor <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass meine Praxis als Diabetologische Schwerpunktpraxis gemäß DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 durch die KVSH anerkannt ist.

Organisatorische Voraussetzungen
Teilnahme am Regionalen Fußnetz (RFN): <input type="checkbox"/> Regionales Fußnetz Flensburg <input type="checkbox"/> Regionales Fußnetz Schleswig <input type="checkbox"/> Regionales Fußnetz Kiel <input type="checkbox"/> Regionales Fußnetz Neumünster <input type="checkbox"/> Regionales Fußnetz Lübeck-Ostholstein <input type="checkbox"/> Regionales Fußnetz Süd-West <input type="checkbox"/> Regionales Fußnetz Süd-Ost

## Allgemeine Hinweise

Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.

## Einverständnis zum Datenschutz

- Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit den Datenverarbeitungs- und Datennutzungsvorgängen einverstanden.

- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der in § 19 des Vertrages genannten Punkte.
- Ich beachte die Anforderung zur Gewährleistung der IT-Sicherheit gemäß der aktuell geltenden Fassung der IT-Sicherheitsrichtlinie (Richtlinie nach § 75 SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Umgang mit IT-Systemen

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o. a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Ich bekunde meine Teilnahme gegenüber den Vertragspartnern.

---

Ort, Datum

Stempel

---

Unterschrift