

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de



Antrag (Hausarzt): Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen Kinder U10/U11 und J2 zwischen der Techniker Krankenkasse, der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung (KBV und der bvkj.Service GmbH) sowie zwischen der AOK NordWest, der KVSH und der bvkj.Service GmbH

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

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

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	U10/U11 im Rahmen des Vertrages mit der Techniker Krankenkasse U10/U11 im Rahmen des Vertrages mit der Knappschaft J2 im Rahmen des Vertrages mit der Techniker Krankenkasse J2 im Rahmen des Vertrages mit der Knappschaft U10/U11/J2 im Rahmen des Vertrages mit der AOK NordWest
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>U10/U11 mit der Techniker Krankenkasse:</p> <p>Zugelassener Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin (§ 5 Abs. 2)</p> <p>oder</p> <p>Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1 bis einschließlich J1) nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb des letzten vier Quartale (§ 5 Abs. 3)</p> <p>oder</p> <p>Begründung zur Teilnahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung (§ 5 Abs. 4)</p> <hr/> <p>U10/U11 mit der Knappschaft:</p> <p>Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1 bis einschließlich J1) nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Quartale (§ 5 Abs. 2)</p> <p>oder</p> <p>Begründung zur Teilnahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung (§ 5 Abs. 3)</p> <hr/> <p>J2 Techniker Krankenkasse:</p> <p><u>Für zugelassene Fachärzte</u> <input type="checkbox"/> Nachweis (Facharzt-Anerkennung) über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin (§ 5 Abs. 2)</p> <p><u>Für Hausärzte im Sinne des § 73 Abs. 1a</u> <input type="checkbox"/> Nachweis über mindestens 6 Fortbildungspunkte auf dem Gebiet der Jugendmedizin (§ 5 Abs. 3)</p> <p>In diesem Zusammenhang verpflichte ich mich, den Fortbildungsnachweis (mindestens 6 Fortbildungspunkte im Gebiet der Jugendmedizin) jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr bis spätestens zum 31.12. eines jeden Jahres bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass der Fortbildungsnachweis nicht bis 31.12. eines jeden Jahres erbracht wird, die Teilnahme genehmigung erlischt.</p>

	<p>J2 Knappschaft:</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über mindestens 6 Fortbildungspunkte auf dem Gebiet der Jugendmedizin (§ 5 Abs. 2)</p> <p>In diesem Zusammenhang verpflichte ich mich, den Fortbildungsnachweis (mindestens 6 Fortbildungspunkte im Gebiet der Jugendmedizin) jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr bis spätestens zum 31.12. eines jeden Jahres bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass der Fortbildungsnachweis nicht bis 31.12. eines jeden Jahres erbracht wird, die Teilnahmegenehmigung erlischt.</p> <hr/> <p>U10/U11/J2 AOK NordWest:</p> <p><input type="checkbox"/> Durchführung von mindestens 30 Vorsorgeuntersuchungen U8 und/oder U9 je Quartal in den letzten vier Quartalen vor Antragstellung (§ 4 Abs. 2b)</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über mindestens 10 pädiatrische Fortbildungspunkte im letzten Jahr vor Antragstellung (§ 4 Abs. 2c)</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über eine einjährige pädiatrische Weiterbildung (§ 4 Abs. 2a) oder</p> <p><input type="checkbox"/> Begründung zur Teilnahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung (§ 4 Abs. 2)</p> <hr/> <p>Teilnahmevoraussetzungen</p> <p>Ich bin einverstanden mit</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ einer Kostenpauschale „Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche“ von 1,7% je von mir erbrachten und abgerechneten Vertragsleistungen, die durch die KVSH im Rahmen der Abrechnung zusätzlich zur allgemeinen Verwaltungskostenumlage in Abzug gebracht und an die bvkj.Service GmbH weitergeleitet wird. ☞ der Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungserbringerverzeichnis. ☞ der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses durch die KVSH an die teilnehmenden Vertragspartner. ☞ der Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der KVSH.
<p>Allgemeine Hinweise</p>	<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.
<p>Hinweis zum Datenschutz</p>	<p>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.</p>

Einverständnis zum Datenschutz	<p>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:</p> <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, die Verträge zur Kenntnis genommen zu haben.

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