

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

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

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

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

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
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.

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> U10/U11 im Rahmen des Vertrages mit der Techniker Krankenkasse <input type="checkbox"/> U10/U11 im Rahmen des Vertrages mit der Knappschaft <input type="checkbox"/> J2 im Rahmen des Vertrages mit der Techniker Krankenkasse <input type="checkbox"/> J2 im Rahmen des Vertrages mit der Knappschaft <input type="checkbox"/> U10/U11/J2 im Rahmen des Vertrages mit der AOK NordWest
Fachliche Voraussetzungen	Teilnahmevoraussetzungen Ich bin einverstanden mit <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.
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 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/></div> </div>

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