

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

## Anlage 6

**Antrag zur Teilnahme am Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) auf der Grundlage von § 140a SGB V zwischen der KVSH und dem BKK Landesverband NORDWEST handelnd für die beigetretenen Betriebskrankenkassen (gemäß Anlage 11 – Verzeichnis über teilnehmende Betriebskrankenkassen) sowie für zukünftig inhaltsgleiche abgeschlossene Verträge mit anderen Krankenkassen**

<b>Allgemeine Hinweise</b>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<b>Betriebsstätten</b>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<p><input type="checkbox"/> Hausarzt (Arzt, der nach § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt)</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder Pulmologie</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung <b>-bitte beifügen-</b></p>
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<p><input type="checkbox"/> Die Anforderungen für die Durchführung einer Spirometrie werden in jeder gemeldeten Betriebsstätte erfüllt.</p>

<b>Teilnahmevoraussetzungen</b>	<p>Ich bin einverstanden mit der</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung der Teilnahme am o. g. Vertrag.</li> <li>- Veröffentlichung meiner Kontaktdaten in der Arztsuche der KVSH unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a></li> <li>- Übermittlung meiner Kontaktdaten (Liste der am Vertrag teilnehmenden Ärzte gemäß § 3 Abs. 8) an die BKK.</li> </ul>	
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	<p>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.</p>	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter 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"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	<p>Ich bestätige, die Ziele und Inhalte sowie die Verpflichtungen des o. g. Vertrages zur Kenntnis genommen zu haben und erkenne diese an.</p>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt