

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Teilnahme an dem Vertrag über die besondere Versorgung nach § 140a SGB V zur Etablierung von Videosprechstunden mittels eVi® zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse

| | |
|---|---|
| <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“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“).

| | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Facharzt | Facharzt für: <input type="text"/> | | |
| Apparative Voraussetzungen | Apparative Voraussetzungen gem. Anlage 31b des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV) | ja | nein |
| | ☞ Kamera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ☞ Bildschirm (Monitor, Display etc.) - Bildschirmdiagonale: mindestens 3 Zoll - Auflösung: mindestens 640x480 px | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ☞ Bandbreite: mindestens 2000 kbit/s im Download | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ☞ Mikrofon und Tonwiedergabeeinheit sind vorhanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Organisatorische Voraussetzungen | Ich bin Mitglied im kooperierenden Praxisnetz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Name des Praxisnetzes: <input type="text"/> | | |
| | Ein Kooperationsvertrag gem. § 119b SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in einem oder mehreren stationären Pflegeheimen liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein von mir vor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IT Voraussetzungen | Ich habe einen Vertrag mit dem Videodienstanbieter „eVi®“ gem. der Anforderungen der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geschlossen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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. | | |

Ich bestätige, den Vertrag zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der Weitergabe meiner Daten im Rahmen des Vertrages und dessen Evaluierung gemäß der Anlage 7 zu.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

| | |
|---|---|
| Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis | <input type="text"/> |
| | 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: März 2018