

Antrag zur Teilnahme am Vertrag Checkup+ auf der Grundlage § 140a SGB V

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt
- Hausärztlich tätiger Internist
- Regelmäßige (mindestens jährliche) Teilnahme an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen oder anerkannten Qualitätszirkeln gemäß des Vertrages.

Apparative Voraussetzungen

- Ich verfüge über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung, sofern ich diese persönlich erbringe.

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

Organisatorische Voraussetzungen

Ich bin einverstanden mit der

- Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungserbringerverzeichnis.
- Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner.
- Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der KVSH.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Angestellte Person