

## Teilnahmeerklärung an der „Gesund schwanger“ Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten

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

(Name des Arztes<sup>1</sup>, 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](http://www.kvsh.de/datenschutz) sowie Hinweise zum Datenschutz auf beigefügter Anlage zur Datenerhebung und Datenverarbeitung.

### 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.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

### Betriebsstätten

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

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

### Beantragte Leistung

Facharzt für

- Laboratoriumsmedizin** Laborleistung gemäß Anlage 5
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** Laborleistung gemäß Anlage 5

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

**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

Risikoscreening, Frühultraschall und Infektionsscreening nach Anlage 4

Laborleistung gemäß Anlage 5

### **Erklärung**

---

▪ **Für Leistungen nach Anlage 4**

Ich verfüge am beantragten Standort über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung ultraschall-diagnostischer Leistungen für den Anwendungsbereich „Geburtshilfliche Basisdiagnostik“.

▪ **Für Leistungen nach Anlage 5**

Ich erkläre, dass ein zur Durchführung und Abrechnung der Laborleistungen nach Anlage 5 des o. g. Vertrags notwendiges gültiges Zertifikat der erfolgreichen Teilnahme an einem Ringversuch Gram-Färbung oder an einem dieses Verfahren inkludierenden Ringversuch, entsprechend den für alle Ärzte gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchung, bei Einschreibung in den Vertrag vorliegt und zukünftig eine Abrechnung der Laborleistung nach Anlage 5 nur durchgeführt wird, wenn ein zu diesem Zeitpunkt gültiges Zertifikat vorliegt.

Für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gilt dies mit einer Frist von 12 Monaten nach Teilnahmebeginn.

- Auf Verlangen der KVSH stelle ich die Zertifikate/den Nachweis zur Verfügung.
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Datenerhebung und Datenverarbeitung nach Anlage 2.

### **Unterschrift(en)**

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_  
Angestellte Person