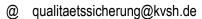
Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 23795 Bad Segeberg

4 04551/883 374





Stand: September 2023

Name, Vorname:			
(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)			
Eintragungsnummer der KVSH: (Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)	oder	LANR:	

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

Wichtiger Hinweis	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.							
Allgemeine Hinweise	 Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 							
Betriebsstätten	Die G	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:						
	(N)BS	SNR:						
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.						
Organisatorische		Ich bin einverstanden mit der						
Voraussetzungen		Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungsverzeichnis.						
		Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner.						
		Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der KVSH.						

Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz						
Einverständnis zum Datenschutz	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: - Urkunde der Facharztanerkennung - Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung - Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung - Arbeitszeugnisse						
Ort, Datum	Praxisstempel	Unterschrift					
Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:							
Unterschrift bei MVZ oder Ärztlicher Leiter bzw. anste		Unterschrift					
AIZUICHEI LEILEI DZW. anste	Geschausiuhrer des MVZ	ausführender, angestellter Arzt					