

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____	
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt <input type="checkbox"/> Hausärztlich tätiger Internist <input type="checkbox"/> Regelmäßige (mindestens jährliche) Teilnahme an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen oder anerkannten Qualitätszirkeln gemäß des Vertrages.	
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Ich verfüge über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung, sofern ich diese persönlich erbringe.
Organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich bin einverstanden mit der 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	<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"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<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