

 KV SAARLAND <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	Antrag Früherkennung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen chronischer Erkrankungen DAK-G	Dezernat Versorgung
		Stand.: 01.01.2024
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 2

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
 Dezernat Versorgung – Fachbereich Qualitätssicherung
 Europaallee 7 – 9
 66113 Saarbrücken

Antrag auf Teilnahme am Vertrag zur „Früherkennung
von Folge- und/oder Begleiterkrankungen chronischer Erkrankungen“ mit der
DAK-Gesundheit, der KKH und der TK

Leistungserbringer/in

 Name, Vorname, Titel LANR

✉ _____
 Anschrift

@ _____ ☎ Telefonnummer
 E-Mail-Adresse

Tätigkeitsart

Ab/Seit: _____ niedergelassen angestellt ermächtigt
 Gemeinschaftspraxis Einzelpraxis MVZ Einrichtung

 Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

Praxisübernahme von: _____
 Name, Vorname

Teilnahme an hausärztlicher Versorgung fachärztlicher Versorgung

 im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

Tätigkeitsorte (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

✉ _____ BSNR
 Anschrift

✉ _____ BSNR
 Anschrift

✉ _____ BSNR
 Anschrift

✉ _____ BSNR
 Anschrift

Beantragte Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Anlage 5 der Vereinbarung „**Versorgungsmodul 1 und 2 – Diabetes/Hypertonie**“
(GOP 98060 bis 98072)

Hinweise

Eine Genehmigung ist für jeden Ort der Leistungserbringung erforderlich.

Anträge auf Teilnahme an dem vorgenannten Vertrag für angestellte Ärzte sind vom Leiter des MVZ bzw. vom anstellenden Arzt und für die Einrichtung vom leitenden Arzt zu stellen.

Jede Veränderung ist der KVS unverzüglich anzuzeigen.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze,
- ich die Voraussetzungen als teilnehmender Arzt gemäß § 2 Abs. 2 i.Vm. § 4 der Vereinbarung erfülle,
- ich alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen werde, die die KVS zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt,
- ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die DAK-G und an die beigetretenen Krankenkassen sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten einverstanden bin,
- ich meine Teilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVS kündigen kann,
- ich die Datenschutzinformationen nach Art. 13 und 14 DSGVO gelesen habe und ich die Einwilligung dazu erteile, dass die Vertragspartner meine oben genannten Daten zum Zwecke der Durchführung des vorgenannten Vertrages erheben und verarbeiten dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf führt zum Ausschluss der weiteren Teilnahme an dem Vertrag. Eine (Teil-)Löschung der Daten führt ebenso zum Widerruf.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Leistungserbringer/in

ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum

Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

Stempel