

 <b>KV SAARLAND</b> <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	<b>Antrag</b> <b>Früherkennung von Folge- und/oder</b> <b>Begleiterkrankungen chronischer</b> <b>Erkrankungen DAK-G</b>	Dezernat Versorgung
		Stand.: 01.10.2024
		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, der TK und der HEK**

**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