

 KV SAARLAND <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	Antrag Früherkennung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen chronischer Erkrankungen DAK-G	Dezernat Versorgung
		Stand 21.01.2025
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 2

Allgemeiner Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen und beinhaltet keine Wertung.

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, **KKH**, **TK** und **HEK****

Leistungserbringer

 Name, Vorname, Titel _____
 LANR

✉ Anschrift _____

@ E-Mail-Adresse _____ ☎ Telefonnummer

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)

✉ Anschrift _____ _____
 BSNR

Beantragte Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

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

Erklärung des Antragstellers

Jede Veränderung ist der KVS unverzüglich anzuzeigen.

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 werde alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen, die die Kassenärztliche Vereinigung zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt.

Hinweis zum Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage des § 95 SGB V erhoben und verarbeitet. Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Saarland erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: <https://www.kvsaarland.de/datenschutz>

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Leistungserbringer

ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum

Unterschrift anstellender Arzt bzw.
Ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel