

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

→ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Faxnummer: 089/ 57093-61299
E-Mail: QS-Team-DMP@kvb.de

Teilnahmeerklärung

zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage § 140 a SGB V zwischen der KVB und der DAK-Gesundheit, der KKH, der TK und der HEK.

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

Ich bin in Einzelpraxis/BAG zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme am folgenden Vertrag:

<input type="checkbox"/>	Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140 a SGB V
--------------------------	--

3. Fachliche Voraussetzungen

<input type="checkbox"/>	Ich erfülle die Voraussetzungen nach Anlage 6, Nummer I. des oben genannten Vertrags, vgl. http://www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/diabetesvertrag . Dies entspricht der Voraussetzung „ Koordinierender Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 1 “. und/oder
<input type="checkbox"/>	Ich erfülle die Voraussetzungen nach Anlage 6, Nummer II. des oben genannten Vertrags, vgl. http://www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/diabetesvertrag . Dies entspricht der Voraussetzung „ Koordinierender Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 2 “. und/oder
<input type="checkbox"/>	Ich erfülle die Voraussetzungen nach Anlage 6, Nummer III. des oben genannten Vertrags http://www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/diabetesvertrag . Dies entspricht der Voraussetzung „ Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP “.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt dieser Teilnahmeerklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diese ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut /
MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Anstellung zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Stempel Antragsteller

Genehmigungsantrag – Anhang



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen.

Ich bestätige, dass ich bei der Tätigkeit die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.

Ich bin einverstanden mit der Veröffentlichung des Vor- und Zunamens (inkl. akademischer Titel und Adelstitel), der Anrede, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ) der Betriebsstätte, der lebenslangen Arztnummer, der Angabe der Fachgruppe und der Telefonnummer auf einer Arztliste. Ich bin zudem einverstanden mit dem regelmäßigen Austausch dieser Arztliste mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten zwischen KVB und der DAK-Gesundheit, der KKH, der TK und der HEK.

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Erklärung freiwillig erfolgt und jederzeit schriftlich gegenüber der KVB widerrufen werden kann.

Die Teilnahme an diesem Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVB gekündigt werden. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist auf deren Laufzeit begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem diese endet, sowie der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Ruht die Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.