



## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme am folgenden Vertrag:

<input type="checkbox"/>	Vertrag über die frühzeitige Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage §140a SGB V zwischen der KVB und der DAK-Gesundheit, der KKH und der TK und der BIG direkt gesund
--------------------------	--

## 3. Fachliche Voraussetzungen

<input type="checkbox"/>	Ich bin Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin (hausärztlicher Bereich)
<input type="checkbox"/>	Ich bin Facharzt für Innere Medizin und Angiologie oder Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
	und erfülle die folgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich mache mich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken des Vertrages derart vertraut, dass ich sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann.</li> <li>• Ich verfüge über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung.</li> </ul>

**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](http://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 Vorname, Name (inkl. akademischer Titel und Adelstitel), der Anrede, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ) der Betriebsstätte, der lebenslangen Arztnummer, der Angabe zu Beginn und Ende der Teilnahme und der Telefonnummer auf einer Arztliste. Ich bin zudem einverstanden mit dem regelmäßigen Austausches dieser Arztliste mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten zwischen KVB und der DAK-Gesundheit, der KKH und der TK und der BIG direkt gesund und der Zusendung dieser Liste an die am Vertrag teilnehmenden Versicherten der DAK-Gesundheit, der TK und KKH und der BIG direkt gesund durch deren Servicezentren.

Weiterhin erkläre ich zur Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf der Homepage der DAK-Gesundheit, der KKH und der TK und der BIG direkt gesund zum Zwecke der Versicherteninformation meine Zustimmung.

Zudem bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung der vorgenannten Daten im Rahmen der KVB-Arztsuche unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de).

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, mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit, mit der Feststellung der KVB, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden sowie mit dem Widerruf oder der Rücknahme der Teilnahme- und Abrechnungsberechtigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen des Vertrages. Ruht die Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.