KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Antrag auf Teilnahme

am Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ als **Osteologe**

gemäß dem Vertrag nach § 140a SGB V zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen zwischen der AOK PLUS, der KVS und dem Bund der Osteologen Sachsen e.V.

Antragsteller/-in: ……..…
(bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

Leistungserbringer/-in: …….…….
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ärztliche Tätigkeit
als Facharzt für: ……..

Tätigkeit im Rahmen einer:

☐ Niederlassung
☐ Angestelltentätigkeit
☐ Ermächtigung
☐ Vertretung
☐ Sicherstellungsassistenz für ……..…
☐ Vertretung nach 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für …….

Wohnort
(nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KVS erfasst)

Straße, Nr.: ……..…

PLZ, Wohnort: ……..…

Telefon/Fax: ……..…

E-Mail: ……..…

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

1. BSNR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Adresse: ……

2. BSNR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Adresse: ……

3. BSNR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Adresse: ……

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen als Osteologe im Rahmen des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“

---

2 Fachliche Voraussetzungen

Nachweis ordentliche Mitgliedschaft im Bund Osteologen Sachsen (BOS)

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

---

3 Nutzung ausgelagerte Praxisräume

Standort: ……

Bei Nutzung fremder Räume: Nutzungsvertrag

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

4 Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Die Teilnahme am Vertrag beginnt vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Unterschrift auf dieser Teilnahmeerklärung.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter: www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass eine Einrichtung nur einmal am Vertrag teilnehmen kann, auch wenn mehrere angestellte Vertragsärzte die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.

Mit Antragsabgabe erklärt sich der Antragsteller bereit, sämtliche Verpflichtungen aus dem Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ zu erfüllen. Die Vertragsinhalte – insbesondere die Rechte und Pflichten - sind bekannt und werden akzeptiert. Die vertraglichen Regelungen sind im Anhang zu diesem Antrag enthalten bzw. abrufbar unter:
https://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/qualitaet/genehmigungspflichtige-leistungen/osteoporoseplus-sachsen-aok-plus/.

Mit der Antragsabgabe gibt der Antragssteller seine Zustimmung zur Veröffentlichung seines Namens, Vornamens, Bezeichnung der Fachgruppe, Praxisanschrift, Telefonnummer auf der Homepage der AOK PLUS und der KV Sachsen.

Datum

		.			.	2	0		

Stempel des Arztpraxis

……

Unterschrift des teilnehmenden Osteologen bzw.
Unterschriften des anstellenden Vertragsarztes/Leiters des MVZ