

Antrag auf Teilnahme

am Vertrag „Diabetisches Fußsyndrom“ im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen) als
Hausarzt

nach § 140a SGB V zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS)

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
- Sicherstellungsassistentz 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 Hausarzt im Rahmen des Vertrages „Diabetisches Fußsyndrom“ (DFS Sachsen)

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

- *Facharzt für Allgemeinmedizin*
- *Internist*
- *Praktischer Arzt*
- *Arzt gemäß § 73 Abs. 1a, Satz 1, Nr. 5 SGB V, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt*
- *Facharzt einer diabetologischen Schwerpunktpraxis ohne Fußbehandlung*
- *Facharzt, der auch die Koordination der Versicherten im DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Diabetes mellitus Typ 2 übernommen hat.*

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

3 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 auf der Homepage der KV Sachsen unter der Rubrik Datenschutz.

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass eine Einrichtung nur einmal am Vertrag teilnehmen kann, auch wenn mehrere angestellte Hausärzte die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Für jedes Mitglied einer Einrichtung muss eine gesonderte Teilnahmeerklärung eingereicht werden.

Mit Antragsabgabe erklärt sich der Antragsteller bereit, sämtliche Verpflichtungen aus dem Vertrag „Diabetisches Fußsyndrom“ (DFS 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. auf der Homepage der KV Sachsen unter der Rubrik Verträge abrufbar.

Mit der Antragsabgabe gibt der Antragssteller seine Zustimmung zur Veröffentlichung seines Namens, Vornamens, der Praxisanschrift, der Telefon- und Faxnummer in einem öffentlichen Vertragsarztverzeichnis auf der Homepage der AOK PLUS und der KV Sachsen.

Mit der Antragsabgabe erklärt der Antragsteller seine Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation des Vertrages.

Datum

				2	0				

Stempel des Hausarztes/MVZ

--

.....
Unterschrift des teilnehmenden Hausarztes bzw.
Unterschriften des anstellenden Vertragsarztes & Leiters des MVZ