

Antrag auf Teilnahme am Vertrag zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V für den Hörsturz

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung auf Teilnahme am Vertrag zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V für den Hörsturz.

Nachweis der fachlichen Qualifikation

Ich verfüge über die Anerkennung als Facharzt für HNO-Heilkunde

Ein entsprechender Nachweis

- liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
- ist dem Antrag beigelegt.

Die Vorgaben der Leitlinien Hörsturz werden von mir eingehalten. Ein Exemplar der Leitlinien Hörsturz wird in meiner Praxis vorgehalten.

Erklärung

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben des Antrages. Jede Änderung werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte