

Antragsversendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt
Fax 069 24741-68805
E-Mail mitgliederservice.sonderverträge@kvhessen.de

Antrag zur Teilnahme am Vertrag über die **besondere Versorgung** für die **frühzeitige Diagnostik und Behandlung** von **Begleiterkrankungen bei Diabetes mellitus** der TK gemäß § 140a SGB V

<p>Name und Kontaktdaten des Arztes (Leistungserbringer):</p> <p>Lebenslange Arztnummer (LANR) Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Ermächtigung <input type="checkbox"/> Anstellung bei: Genehmigung beantragt zum:</p>
--	---

<p>Vertragsziel: Mit diesem Vertrag sollen durch die frühe Identifikation von Begleiterkrankungen bei einer Diabeteserkrankung Komorbiditäten verhindert oder deutlich verzögert werden. Dadurch soll die Lebensqualität der Versicherten langfristig erhalten bleiben und gleichzeitig eine Reduktion hinsichtlich prospektiver Versorgungsausgaben erreicht werden.</p>	
1. Antragsgegenstand	Im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wird die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag über die besondere Versorgung für die frühzeitige Diagnostik und Behandlung bei Diabetes mellitus der TK beantragt.
2. Erklärungen	<p>Mit Unterschrift werden die Inhalte des Vertrages bzw. seiner Anlagen akzeptiert und die Verpflichtung zur Wahrnehmung der im Vertrag beschriebenen Aufgaben bzw. Behandlungsprozesse erklärt.</p> <p>Die zur Durchführung der Untersuchungen nötige apparative Ausstattung wird vorgehalten oder die gerätegestützten Untersuchungen werden kollegial beauftragt.</p> <p>In jedem Quartal werden durchschnittlich 30 Patienten mit Diabetes mellitus betreut.</p> <p>Der Veröffentlichung der Praxiskontaktdaten mit Namen und Praxisanschrift, auch im Internet auf der Homepage der KVH (Arztauskunft Hessen) und der TK, wird zugestimmt.</p>

**Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden.
Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.**

Datum / Unterschrift (Bei angestellten Ärzten Unterschrift der anstellenden Ärzte bzw. der Geschäftsführer des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums) / Stempel