

**Anlage 1**

**Zur Vereinbarung zur Förderung  
der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung**

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Humboldtstr. 56  
22083 Hamburg

**A N T R A G**

auf Teilnahme am Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

**I. Persönliche Angaben**

.....  
LANR

.....  
Name, Vorname, ggf. Titel geb. am

.....  
Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen ist) Telefon

.....  
BSNR (bitte alle BSNR einschließlich Nebenbetriebsstätten-Nr. angeben)

Niederlassung als Vertragsarzt (im Gebiet der KV ..... ) ab.....

in Einzelpraxis \_ in Gemeinschaftspraxis \_ im MVZ .....

bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben

.....

## II. Fachliche Anforderungen

- Ich bin als Arzt tätig in einer Praxis, die die Voraussetzungen nach Anlage 2 zu dieser Vereinbarung erfüllt. Die entsprechenden Nachweise habe ich beigelegt.

## III. Erklärung

Mir sind die Ziele und Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Ich verpflichte mich,

- regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder der KVH anerkannten Fortbildungen oder Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen, teilzunehmen.
- die Fortbildungsnachweise jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr jeweils bis spätestens zum 15.02. des Folgejahres bei der KVH einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. eines jeden Folgejahres erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt.

## IV. Allgemeines

Leistungen nach dem Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung erteilt wurde.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift/Vertragsarztstempel