

## Antrag auf Mitgliedschaft im PRAXISNETZ Kiel e. V. - Ärzte und Psychotherapeuten -

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im PRAXISNETZ Kiel e. V.

- als Praxisinhaber / Ärztlicher Leiter
- als angestellt
- Fördermitglied  
(Diese Mitgliedschaftsform ist ausschließlich ehemals vertragsärztlich tätigen Ärzten oder Psychotherapeuten vorbehalten.)
- Ich bin niedergelassene(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut / Psychotherapeutin.
- in eigener Praxis
- in einer Gemeinschaftspraxis mit \_\_\_\_\_
- in einer Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_
- Ich bin angestellte(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut / Psychotherapeutin.  
in der Praxis von \_\_\_\_\_
- Ich bin ehemals vertragsärztlich tätige(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut / Psychotherapeutin.

### Persönliche Angaben:

Titel / Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

### Praxisinformationen:

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Faxnr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

*Das PRAXISNETZ Kiel e. V. verwendet Ihre E-Mail-Adresse ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken.*

### HINWEIS – Mitgliedschaft im geförderten Netz

Durch die Neuerungen der KVSH-Richtlinie erfolgt nun eine Förderung von allen der KVSH gemeldeten Mitgliedern eines anerkannten Praxisnetzes. Alle in einer Praxis tätigen Ärzte und Psychotherapeuten mit einem PZV erhalten einen **Aufschlag in Höhe von max. 1.000 Punkten pro Quartal** - dies gilt auch für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, sofern diese ein eigenes PZV haben.

Wichtig: Damit das PRAXISNETZ Kiel e. V. Sie als Mitglied des anerkannten Netzes der KVSH meldet, müssen alle in Ihrer Praxis tätigen Ärzte Mitglied im Praxisnetz sein – auch Ihre angestellten Ärzte.

### Folgende Voraussetzungen gelten im geförderten Netz:

- Jährlicher Mitgliedsbeitrag nach Beitragsordnung
- Anbindung an die Telematikinfrastruktur
- Teilnahme an Fallbesprechungen
- Teilnahme an netzinternen Qualitätszirkeln

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt im PRAXISNETZ Kiel e. V. Die Satzung, Beitragsordnung sowie die Erläuterungen zum Mitgliederstatus habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für die netzinterne Nutzung gespeichert werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mit meinem Eintritt in den Verein die Satzung des PRAXISNETZ Kiel e. V. in ihrer jeweils gültigen Fassung, unter [www.praxisnetz-kiel.de](http://www.praxisnetz-kiel.de) abrufbar, verbindlich ist.

Diese Beitrittserklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

Ihre Mitgliedschaft beginnt mit Eingang der Beitrittserklärung in der Geschäftsstelle und positiver Vorstandsabstimmung.

---

Ort, Datum

---

Name, Vorname

---

Unterschrift, Praxisstempel

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Dieser Antrag sowie Beitrittserklärung können innerhalb von 14 Tagen widerrufen werden.