



Meldebogen Physician Assistant (PA)

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



Bitte füllen Sie alle nachstehenden Felder
vollständig aus.

Name und Bezeichnung der anstellenden Praxis / der BAG / der MVZ-Trägersgesellschaft:	Name des Arztes, dem der PA zugeordnet ist
Anschrift Betriebsstätte (Straße, Postleitzahl)	LANR (9-stellig)
BSNR: _____	
Telefon-Nr.: _____	
Fax: _____	
E-Mail: _____	

Angaben zu den personellen Voraussetzungen des Physician Assistant I	
Anrede	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Beschäftigungsbeginn	
Beschäftigungsumfang Std. pro Woche	
Bildungsabschluss und Datum <i>Urkunde bitte in Kopie beifügen</i>	

Per E-Mail an team_praxisorganisation@kvwl.de oder per Fax an: 02 31 / 94 32 – 83026

Angaben zu den personellen Voraussetzungen des Physician Assistant II	
Anrede	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Beschäftigungsbeginn	
Beschäftigungsumfang Std. pro Woche	
Bildungsabschluss und Datum <i>Urkunde bitte in Kopie beifügen</i>	

Hinweise und Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Anstellung des Physician Assistant (PA) in meiner Praxis. Mir ist bewusst, dass ich jegliche Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses des PA der Kassenärztlichen Vereinigung umgehend mitzuteilen habe.

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen durch den PA sind über die LANR des anstellenden Arztes abzurechnen.

Datenschutz

Hiermit willige ich gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO ein, dass die KVWL die personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung verarbeitet. Die Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung gemäß Artikel 7 Abs. 3 DSGVO jederzeit ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der KVWL widerrufen kann.

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, 44141 Dortmund, verarbeitet die angegebenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum o.g. Zweck aufgrund der vorliegenden Einwilligung und löscht sie nach dessen Zweckerreichung bzw. meinem Widerruf, es sei denn, es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen (z. B. die des Bürgerlichen Gesetzbuches, des Handelsgesetzbuches, der Abgabenordnung, etc.). Ergänzende Informationen erhalte ich im Internet unter <https://www.kvwl.de/datenschutz>.

Ort und Datum

**Unterschrift Antragsteller/
Geschäftsführung**

Stempel der Praxis/des MVZ

Unterschrift Physician Assistant I

Unterschrift Physician Assistant II

Per E-Mail an team_praxisorganisation@kvwl.de oder per Fax an: 02 31 / 94 32 – 83026