

ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG NACH §75B ABS. 5 SGB V

[KBV_ISAP_AAZ_ZERT_P75B_SGBV]

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

DEZERNAT DIGITALISIERUNG UND IT

9. MÄRZ 2021

VERSION: 1.2

DOKUMENTENSTATUS: IN KRAFT

ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG

§ 75B ABS. 5 SGB V

1 ALLGEMEINE ANGABEN

1.1 ANTRAGSTELLER

Antragsteller ist die natürliche Person, die den Antrag auf Zertifizierung stellt.

Bitte geben Sie entweder die Firmenanschrift oder Ihre private Anschrift an. Wenn Sie Ihre private Anschrift angeben, so muss das Feld Firmenname leergelassen werden.

Name, Vorname des Antragstellers	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geburtsland	
Name der Firma	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Antragsteller: _____

1.2 OPTIONALE ANGABEN FÜR KOSTENBESCHEIDE

Nur anzugeben, wenn abweichend von Abschnitt 1.1.

Name der Firma	
Name, Vorname	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

1.3 ZERTIFIZIERUNGSGEGENSTAND

Die Identnummer wird von der KBV im Rahmen der erfolgreichen Erstzertifizierung vergeben. Bei einem Antrag auf Rezertifizierung ist die Identnummer vom Antragsteller anzugeben.

Identnummer	

2 BEANTRAGUNG DER ZERTIFIZIERUNG

<input type="checkbox"/>	Die antragstellende Person beantragt die Zertifizierung nach § 75 b, Abs. 5 SGB V. Die Zertifizierung findet auf Grundlage der Richtlinie zur Zertifizierung nach § 75b Absatz 5 SGB V [KBV_ISAP_RL_ZERT_P75b_SGBV] Prüfungsordnung der KBV zur Zertifizierung nach § 75b Absatz 5 SGB V [KBV_Prüfungsordnung_ISAP_ZERT_P75b_SGBV] in den jeweils aktuell gültigen Version statt.
--------------------------	---

Antragsteller: _____

3 EINWILLIGUNG ZUR VERÖFFENTLICHUNG DER DATEN (OPTIONAL)

<input type="checkbox"/>	Hiermit willige ich ein, dass die in dieser Tabelle angegebenen Daten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung KdöR übermittelt wird und durch beide auf ihrer jeweiligen Homepage zum Zwecke der Information gegenüber Ärzten und Zahnärzten veröffentlicht wird. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine E-Mail (pruefstelle@kbv.de) widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.
Name, Vorname (Pflicht)	
E-Mail-Adresse für Kunden (Pflicht)	
PLZ, Ort (Pflicht)	
Name der Firma (optional)	
Straße und Hausnummer (optional)	
Adresse der Homepage (optional)	
Telefonnummer für Kunden (optional)	

4 INFORMATIONSPFLICHT BEI ÄNDERUNGEN

<input type="checkbox"/>	<p>Der Antragsteller versichert, die KBV vorab elektronisch bei allen Änderungen der mit diesem Antrag gemachten Angaben oder der zur Zertifizierung eingereichten Unterlagen zu unterrichten, insbesondere bei Änderung</p> <ul style="list-style-type: none">› der Adressdaten/Kontaktdaten für Kunden› des Namens› des Arbeitgebers bzw. des Firmennamens (bei Selbstständigkeit)
--------------------------	--

5 ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN

Die geforderten Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung müssen mit dem Antrag auf Zertifizierung zusammen eingereicht werden. Die Nachweise der geforderten Voraussetzungen sind im Anhang anzugeben.

Antragsteller: _____

6 KREUZZERTIFIZIERUNG

Es besteht die Möglichkeit, eine Kreuzzertifizierung auf Basis bereits vorhandener Zertifizierung und Nachweise zu erlangen. Die Voraussetzungen hierfür sind im Dokument Richtlinie zur Zertifizierung nach § 75b Absatz 5 SGB V [KBV_ISAP_RL_ZERT_P75b_SGBV] aufgeführt. Die KBV führt Einzelprüfungen der eingereichten Nachweise durch und entscheidet, ob auf Basis der eingereichten Nachweise eine Kreuzzertifizierung ausgesprochen werden kann.

Bitte führen Sie die eingereichten Zertifizierungen / Nachweise zusätzlich in der nachfolgenden Tabelle auf.

INGEREICHTE NACHWEISE	
Nachweis	
Nachweis	
Nachweis	
Nachweis	
Nachweis	
Nachweis	
Nachweis	

Antragsteller:

Ort, Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Information nach Art. 13 DSGVO: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, verwendet Ihre im Antrag angegebenen Daten zum Zwecke der Durchführung des Zertifizierungsverfahrens. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Absatz 1 lit. e) DSGVO iVm § 75b Abs. 5 SGB V und soweit Sie Ihre Einwilligung erteilt haben auch auf Art. 6 Absatz 1 lit. a) DSGVO. Wir werden Ihre Daten speichern und zum Ende des 4ten Kalenderjahres, das auf die Erteilung der Zertifizierung folgt, löschen. Soweit Sie Ihre Einwilligung zur Veröffentlichung auf unserer Homepage erteilt haben, werden wir diese spätestens mit dem Ablauf der Zertifizierung löschen.

Ihre Rechte als betroffene Person sind: Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch sowie Datenübertragbarkeit (Art. 15 bis 22 DSGVO). Außerdem haben Sie das Recht zur Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO). Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: Kassenärztliche Bundesvereinigung, -Datenschutzbeauftragter- Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin oder unter datenschutzbeauftragter@kbv.de.

Ansprechpartner:

Dezernat Digitalisierung und IT
Informationssicherheit/ IT-Security

Tel.: 030 4005-2077, pruefstelle@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
pruefstelle@kbv.de, www.kbv.de

Antragsteller: _____

ANHANG

NACHWEISE FÜR DIE ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN

Bitte führen Sie die eingereichten Zertifizierungen / Nachweise nachfolgend auf. Nachweise über Berufserfahrungen müssen von allen unterschiedlichen Arbeitgebern der vergangenen 6 Jahre bestätigt werden. Hierfür muss dieser Anhang separat ausgedruckt, vom entsprechenden Arbeitgeber per Unterschrift und Stempel beglaubigt und im Rahmen der Beantragung der Zertifizierung bei der KBV eingereicht werden.

Theoretische Vorbildung (Ausbildung, Studium, Weiterbildung, etc.)

Praktische Berufserfahrung (Angestellt/beschäftigt/tätig im Bereich IT/IT-Sicherheit/Informationssicherheit, etc.) in den letzten 6 Jahren:

von: bis: als:

Arbeitgeber:

von: bis: als:

Arbeitgeber:

von: bis: als:

Arbeitgeber:

von: bis: als:

Arbeitgeber:

von: bis: als:

Arbeitgeber:

von: bis: als:

Arbeitgeber:

Antragsteller: _____

Ausgeübte Tätigkeiten (Tätigkeiten, Aufgabenfelder, Projekte beispielsweise im Bereich IT-Sicherheit/Informationssicherheit)

Hiermit bestätigt der Antragsteller, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen

.....
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

Hiermit bestätigen wir, dass die oben genannte Person die oben beschriebenen Qualifikationen und Erfahrungen erworben hat.

.....
Ort, Datum Stempel / Unterschrift (Arbeitgeber)