

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur präventionsorientierten Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V

Name	Vorname
Geburtsdatum	
Niederlassung zum	als
Facharztanerkennung als	vom
E-Mail Adresse	
Praxisanschrift	

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere zur Erfüllung der Versorgungsziele, der Qualitätsanforderungen gemäß §§ 5 und 6 und zur Sicherstellung der Aufgabenerfüllung gemäß § 7 des Vertrages.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund der Hausarztzentrierten Versorgung, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- vor der Weitergabe von Patientendaten an Dritte die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten auf der Einwilligungserklärung einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Vertragsärzterverzeichnis“ gem. § 8,
- der Weitergabe des „Vertragsärzterverzeichnisses“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen und an die teilnehmenden Versicherten,

einverstanden.

Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 9 sanktioniert werden.

Ich erkläre darüber hinaus, dass ich die Teilnahmeerklärung der Versicherten spätestens innerhalb von 14 Tagen an die BIG Gesundheit übermittle.

Persönliche und sachliche Qualitätsanforderungen

Von mir werden folgende persönliche und sachliche Qualitätsanforderungen erfüllt:

Ich nehme an folgenden Disease Management Programmen teil:

Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>		
Zutreffendes bitte ankreuzen					
Ich verfüge über die Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung.					<input type="checkbox"/>
oder					
Ich verpflichte mich, die Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung innerhalb von 3 Jahren zu erwerben und reiche einen Nachweis über die begonnene Nachqualifikation innerhalb der nächsten 12 Monate ein.					<input type="checkbox"/>
oder					
Ich besitze eine abgeschlossene Zusatzweiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie.					<input type="checkbox"/>
oder					
Ich besitze die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur.					<input type="checkbox"/>
Ich erkläre, dass ich mindestens 3 der in Anlage 2 aufgeführten Leitlinien der Entwicklungsstufe S 3 kenne und anwende, die für das hausärztliche Versorgungsgeschehen relevant sind.					<input type="checkbox"/>
Ich bestätige, dass ich aktiv an den oben von mir genannten Disease Management Programmen teilnehme und Versicherte der BIG Gesundheit über den Inhalt und die Ziele des Programms/der Programme informiere und zur Teilnahme motiviere.					<input type="checkbox"/>
Ich bestätige, dass ich am elektronischen Dokumentationsverfahren (eDMP) für die von mir oben genannten Disease Management Programme teilnehme.					<input type="checkbox"/>
Ich verpflichte mich, jährlich an einem strukturierten Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie teilzunehmen.					<input type="checkbox"/>
Ich versichere, meiner Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V regelmäßig und fristgerecht nachzukommen und den Nachweis gemäß § 95d Abs. 3 SGB V gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen.					<input type="checkbox"/>
Ich versichere, ein praxisinternes hausärztliches Qualitätsmanagement, das den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entspricht, einzuführen und fortzuentwickeln.					<input type="checkbox"/>
Ich habe ein Praxis-Datenverarbeitungs-System eingeführt, das die elektronische Führung der Patientenakten, die Speicherung von Befunddaten, die elektronische Abrechnung und ein Einbestellsystem sicherstellt.					<input type="checkbox"/>
oder					
Ich werde ein Praxis-Datenverarbeitungs-System einführen, das die elektronische Führung der Patientenakten, die Speicherung von Befunddaten, die elektronische Abrechnung und ein Einbestellsystem sicherstellt.					<input type="checkbox"/>
Ich halte folgende apparative Mindestausstattung in meiner Praxis bereit:					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards ➤ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung ➤ Belastungs-EKG (in Eigenleistung oder per Auftragsleistung) ➤ Lungenfunktionstest ➤ Akutlabor 					<input type="checkbox"/>
Optional: Meine Praxis verfügt über einen rollstuhlgerechten/-geeigneten Zugang.					<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, den Vertragsinhalt zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Stand 08-05-28

Vertragsarztstempel