

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-523/ -524
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung „electronic Life Saver - eLiSa“

Vertrag nach § 140a SGB V über die besondere Versorgung zur Optimierung und Risikovermeidung bei Multimedikation durch ein softwaregestütztes Medikationsmanagement

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses

Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Technische Teilnahmebedingungen nach Anlage 8 des Vertrages

- Die folgenden technischen Voraussetzungen für den Einsatz der Software werden vorgehalten:
 - Ein Arbeitsplatz mit einem leistungsfähigen Internetzugang und erreichbaren Drucker wird gewährleistet.
 - Systemvoraussetzungen
 - Adobe Acrobat Reader ab Version 6.0
 - Internetverbindung HTTPS
 - Internetbrowser: Internetexplorer ab Version 190
 - Mozilla Firefox ab Version 52
 - Chrome ab Version 62
 - Opera ab Version 51
 - Apple Safari ab Version 11
 - Einstellungen:
 - Aktiviertes JavaScript
 - aktivierte Cookies
 - Pop-Ups für die Seite erlauben
 - Bildschirmauflösung 1280x960

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass der Vertrag vollumfänglich eingehalten wird. Die Ziele und Inhalte des Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, werden anerkannt.

Es wird sichergestellt, dass mindestens 10 nach diesem Vertrag vorgesehene Medikations-checks je Quartal und Arzt durchgeführt werden. Im Fokus stehen Versicherte der AOK Nordost, die mindestens fünf rezeptpflichtige Arzneimittel in einem Kalenderjahr verordnet bekommen haben und dadurch ein erhöhtes Risiko an Schädigungen aufweisen.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. dem o. g. Vertrag. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung der Teilnahmeerklärung und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)