

Anlage 7 Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes / Vertragspsychotherapeuten

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen des
Vertrages zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und
Jugendlichen mit Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Stö-
rung (ADHS/ADS) und Störungen des Sozialverhaltens (SSV)

zwischen der KVH und dem BKK Landesverband Süd

Titel:	Vorname:	Name:
Straße/Nr. (Praxis):		PLZ/Ort (Praxis):
Telefon (Praxis):		E-Mail:
LANR:	BSNR:	
Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ mit:		
Einbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten:		Ja / Nein

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag
für Versicherte der beteiligten Krankenkasse als

Gebietsbezeichnung/Fachkunde:
Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung:
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt ab/seit:
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt ab/seit:

und erfülle die in § 7 des Vertrages genannten Voraussetzungen

vollständig.

(Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei.)

nicht vollständig.

(Die entsprechenden Nachweise reiche ich innerhalb von 24 Monaten nach Eintritt nach.)

[Zutreffendes bitte ankreuzen]

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S/SSV unter besonderer Berücksichtigung der Abschnitte 4 und 5 bekannt.
2. Ich erkläre, dass ich die KVH unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
3. Ich werde darüber hinaus
 - a. an vier Stunden kontinuierlicher themenbezogener Fortbildung im Jahr, mindestens zweimal pro Jahr an einem themenbezogenen Qualitätszirkel nach § 9 des Vertrages und an Teambesprechungen mindestens einmal im Quartal teilnehmen. Eine entsprechende Teilnahmebescheinigung wird von mir vorgelegt;
 - b. die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.
4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der im Vertrag genannten Listen im Internet

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages.

Ort/Datum:	Unterschrift:	Vertragsarztstempel
------------	---------------	---------------------

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Fax: 069 24741-68805

E-Mail: mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de