

Anlage 3

Teilnahmeerklärung des Arztes an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung - Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung in Altenpflegeheimen nach § 73 c SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Rücksendung auch per Fax möglich: 069 24741-68805

Persönliche Angaben (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name	Vorname
Straße/Nr.	PLZ/Ort
Betriebsstättennummer	Telefonnummer
E-Mail Adresse	Fax-Nummer

Ich bin über die Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung – Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung in Altenpflegeheimen nach § 73 c SGB V informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir bekannt.

Ich kenne den Vertrag zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung – Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung in Altenpflegeheimen nach § 73 c SGB V (nachfolgend Versorgungsvertrag genannt) zwischen dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Landesverband Hessen, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK Hessen und erkläre meine Teilnahme an dem Versorgungsprogramm.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Versorgungsprogramm freiwillig ist,
- die Teilnahme an dem Versorgungsprogramm mit dem Tag der Teilnahmebestätigung beginnt, jedoch nicht vor dem 01.07.2010. Die Teilnahme steht unter dem Vorbehalt der schriftlichen Bestätigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen.
- die Teilnahme an dem Versorgungsprogramm u. a. mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. durch schriftliche Kündigung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende endet und
- die geforderten Strukturvoraussetzungen, insbesondere die Teilnahme an Qualitätszirkeln, entsprechend der Anlage 1 zum Versorgungsvertrag von mir gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nachzuweisen sind.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung des Versorgungsvertrages und insbesondere der Aufgaben des 3. Abschnitts des Versorgungsvertrages.

Außerdem verpflichte ich mich dazu,

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht zu gewährleisten,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen und

- zur Weitergabe von Patientendaten an die AOK Hessen vorab auf der Teilnahmeerklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen sowie Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Hessen der AOK Hessen monatlich ein Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 4 zum Versorgungsvertrag) mit den Daten der teilnehmenden Vertragsärzte in elektronischer Form übermittelt.

Gleichzeitig erkläre ich mich mit der Abrechnung und der Höhe der Vergütungsansprüche entsprechend §§ 9 und 13 des Versorgungsvertrages i. V. mit der Anlage 7 zum Versorgungsvertrag einverstanden.

Ich bin mit

- meiner Vertretung durch den Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Landesverband Hessen, bei der Verhandlung und der Vereinbarung notwendiger Vertragsänderungen und –anpassungen des Versorgungsvertrages und
- meiner Vertretung durch den Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Landesverband Hessen, im Projektbeirat gem. den Regelungen in § 19 des Versorgungsvertrages

einverstanden.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Datum

Unterschrift des Arztes

Arztstempel