



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Teilnahmeerklärung für das Modell zur besseren Erreichbarkeit von ärztlichen Praxen für Patienten

Erklärungen der Praxis

Ich erkläre gegenüber der KV Sachsen verbindlich die Teilnahme der ärztlichen Praxis am „Modell zur besseren Erreichbarkeit von ärztlichen Praxen für Patienten“.

Die ärztliche Praxis verpflichtet sich im Rahmen des o.g. Modells zur Einhaltung der Regelungen nach Anlage 11 nebst Anhang zum Teil 2 der Gesamtvergütungsvereinbarung 2016/2017. Insbesondere werden organisatorische Maßnahmen getroffen, um die persönliche (telefonische) Erreichbarkeit der Praxis für Patienten und Kollegen zu gewährleisten.

Folgende fakultative Maßnahmen i. S. d. § 5 Abs. 5 und § 6 S. 5 biete ich zusätzlich an **(Bitte ankreuzen, falls zutreffend):**

Angabe folgender E-Mail-Adresse für Termin- und Rezeptanfragen:
.....

Angabe folgender Telefonnummer für Rezeptanforderungen/Überweisungen:
.....

Angabe einer/von Telefonzeit/en für Befundbesprechungen mit dem Arzt:

	Ab (Uhrzeit)	Bis (Uhrzeit)
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

Angabe einer/von Akutsprechstunde/n im Umfang von mind. 2h pro Woche:

	Ab (Uhrzeit)	Bis (Uhrzeit)
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

Gegenstand der Vereinbarung sind auch Testanrufe der KV Sachsen zur Überprüfung der Einhaltung der vorgeschriebenen obligatorischen und fakultativen Voraussetzungen.

Angaben zur Praxis (Hauptbetriebsstätte)

Name der Praxis:

BSNR:

Mit dieser Teilnahmeerklärung wird gegenüber der KV Sachsen verbindlich die Teilnahme aller Ärzte in allen Betriebsstätten bzw. Nebenbetriebsstätten erklärt. Die Teilnahme beginnt bei Posteingang der Erklärung bei der KV Sachsen bis zur Mitte des Quartals mit dem Quartal des Eingangs. Die Erklärung ist abzugeben:

- Bei Einzelpraxen durch den zugelassenen Vertragsarzt
- Bei Berufsausübungsgemeinschaften durch einen zugelassenen Vertragsarzt oder Ärztlichen Leiter

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Vertragsarztes/
Ärztlichen Leiters

Praxisstempel

Bitte an die jeweilige Bezirksgeschäftsstelle zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz
PF 11 64
09116 Chemnitz

Fax: 0371 2789-491

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Dresden
PF 10 06 41
01076 Dresden

Fax: 0351 8828-199

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Leipzig
PF 24 11 52
04331 Leipzig

Fax: 0341 2432-444