

Teilnahmeerklärung

für den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage des § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordinierung*

Name	Vorname
lebenslange Arztnummer	Betriebsstättennummer
E-Mail Adresse	
Praxisanschrift	
Telefonnummer	
Fax-Nummer	

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o. g. Vertrag gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages informiert und erfülle alle Teilnahmebedingungen nach § 14 des o. g. Vertrages.

Von mir werden folgende persönliche und sächliche Qualitätsanforderungen erfüllt:

- Jährliche Teilnahme an Fortbildungen gemäß § 95 d Abs. 3 SGB V, bei denen mindestens eines der folgenden Themen Inhalt ist:
 - patientenorientierte Gesprächsführung
 - psychosomatische Grundversorgung
 - Palliativmedizin
 - Allgemeine Schmerztherapie oder
 - Geriatrie.
- Jährliche Teilnahme an strukturierten, von den KV'n oder Ärztekammern anerkannten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie,
- Einsatz evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien,
- Einführung eines wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements,
- Teilnahme an Disease- Management- Programmen (DMP),
- Vorhalten einer zertifizierten Praxissoftware,
- Gewährleistung einer qualitätsgesicherten und leitlinienorientierten Arzneimittelverordnung.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist,
- meine Teilnahme mit der schriftlichen Bestätigung dieser Teilnahmeerklärung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen beginnt,
- ich die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen erklären kann,
- ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere der Verpflichtungen nach § 5 und nach § 13 von der Teilnahme am o. g. Vertrag ausgeschlossen werden kann,
- ich die Teilnahmekriterien nach § 14 des o. g. Vertrages während der gesamten Programmteilnahme erfüllen muss,
- ich zum Erhalt der Teilnahmeberechtigung jedes Jahr die notwendigen Fortbildungen nach § 14 Abs. 1 des o. g. Vertrages schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen darlegen muss,
- ich mich in das Direktmailing nach § 13 Abs. 7 einschreiben muss,
- ich mit Beitritt zum o. g. Vertrag der Veröffentlichung meiner Daten in speziellen Verzeichnissen der Knappschaft nach § 13 Abs. 8 des o. g. Vertrages zustimme.

Ich verpflichte mich darüber hinaus,

- bei Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen umgehend darüber zu informieren,
- die Teilnahme von Patienten durch Einschreibung in meiner Praxis umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu melden,
- während meiner Tätigkeit bei allen mir zur Verfügung gestellten Patientendaten größte Sorgfalt bei der Weiterverarbeitung einzuhalten und in jeder Phase der Datenverarbeitung die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Ort, Datum

Unterschrift, Vertragsarztstempel