



Vertrag der AOK Nordost und der KVBB über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (Hausarztvertrag) vom 22.09.2010

Teilnahmeerklärung Arzt

Antragsteller/Arztstempel	  <p>Per Fax an die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB)</p> <p>Fax 0331 / 2309 - 383</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom ärztlichen Leiter des anstellenden MVZ unterzeichnet werden. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Hausarztvertrag.</p>																																							
Angaben zum Arzt																																								
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Einrichtung <input type="checkbox"/> BAG	LANR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> BSNR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																							
Notwendige Angaben des Hausarztes (Änderungen sind jeweils unverzüglich an die KVBB zu melden)																																								
<input type="checkbox"/> Vertragsarztsitz oder Anstellung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg <input type="checkbox"/> Praxisverwaltungssystem bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Bereitschaft zur Teilnahme an bis zu 4 persönlichen Gesprächen zu ausgewählten Themen und zur Erläuterung der Analyseergebnisse zur Umsetzung des Hausarztvertrages einschließlich des Ordnungsverhaltens mit Vertretern der AOK Nordost pro Jahr <input type="checkbox"/> Teilnahme an mindestens zwei DMP (Diabetes Typ 2, KHK, COPD, Asthma)																																								
Service-Nummer für Hausärzte 0331 / 98229803																																								
Organisiert über die KVBB Montag - Freitag von 8:00 bis 17:00 Uhr, Dienstag bis 18:00 Uhr																																								
Verwaltungskostenumlage (§ 8)																																								
Die für die Durchführung der Abrechnung der Vergütung für die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) zu zahlende Verwaltungskostenumlage gemäß § 8 Abs. 2 wird durch die KVBB festgelegt und vom Zahlungsbetrag der HzV-Vergütung einbehalten.																																								
Teilnahmeerklärung des Hausarztes zum Hausarztvertrag zwischen der AOK Nordost und der KVBB																																								
<p>Hiermit beantrage ich als Hausarzt im Sinne des § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V verbindlich meine Teilnahme am Hausarztvertrag (§ 3 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Hausarztvertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als HAUSARZT und über die Ziele sowie Inhalte des o. g. Hausarztvertrages informiert. 2. Insbesondere ist mir bekannt, <ul style="list-style-type: none"> • dass meine Teilnahme freiwillig ist. • dass über meine Teilnahme die KVBB entscheidet. • welche Teilnahmevoraussetzungen ich erfüllen muss. • welche vertraglichen Verpflichtungen ich als Hausarzt zu erfüllen habe. • dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte. • dass meine Teilnahme durch die KVBB im Namen aller Vertragsparteien frühestens zum Beginn des Quartals, in dem meine Teilnahmeerklärung bei der KVBB eingegangen ist, bestätigt wird. • dass die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende des Quartals gegenüber der KVBB erklärt werden kann. Die Teilnahme endet automatisch, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit endet. • dass ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o. g. Hausarztvertrag ausgeschlossen werden kann. • dass die Unterzeichnung der Datenschutzerklärung Voraussetzung für eine Teilnahme am Hausarztvertrag ist. • dass ich meine vertraglichen Pflichten als HAUSARZT insbesondere zur Durchführung besonderer 																																								

H_zV-Leistungen (§ 6), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 4), zur Information der KVBB über Änderungen, die für meine Teilnahme am Hausarztvertrag relevant sind, sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe.

- dass der Fortbestand der Teilnahmevoraussetzungen durch die KVBB stichprobenhaft überprüft werden kann.
- dass sich gemäß § 9 in Verbindung mit Anlage 4 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der H_zV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß durchgeführten und abgerechneten Leistungen gegen die AOK Nordost richtet und die Abrechnung spätestens innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Behandlungsquartals bei der KVBB eingereicht werden muss.
- dass ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die Möglichkeit von Berichtigungen bei Doppelabrechnungen von H_zV-Leistungen ist mir bekannt.
- dass die KVBB die von der AOK Nordost geleistete H_zV-Vergütung gemäß § 9 und Anlage 4 weiterleitet, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenumlage auf das bekannte Konto überweist.

3. Ich erkläre ferner,

- dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 zum Zeitpunkt meines Vertragsbeitritts erfülle, insbesondere über die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV₁-Bestimmung, auch in Kooperation mit anderen Hausärzten; onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Praxisverwaltungssystem; Computerfax/Faxgerät) verfügen werde.
- dass ich grundsätzlich bereit bin, alle im Hausarztvertrag vereinbarten Ziele und Prozesse aktiv zu unterstützen.
- dass ich die Teilnahmeerklärung von Patienten, die ihre Teilnahme an dem o. g. Hausarztvertrag erklären, entgegennehme und sie unterschrieben innerhalb von 10 Arbeitstagen an die AOK Nordost weiterleite.

4. Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des o. g. Hausarztvertrages auch soweit sie unter 2. bis 3. nicht gesondert genannt sind.

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen der nachfolgend angegebenen Daten zur Durchführung des Hausarztvertrages einverstanden (die Erhebung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften):

- Die KVBB erhebt, verarbeitet und nutzt zur Prüfung der Einhaltung der besonderen Qualitätsanforderungen nach dem Hausarztvertrag die durch mich einzureichenden Nachweise.
- Die KVBB übermittelt der AOK Nordost Name, Vorname, Praxisanschrift, LANR und BSNR der am Vertrag teilnehmenden Hausärzte sowie die im Rahmen des Hausarztvertrages abgerechneten Leistungen und die dazugehörigen Diagnosen.
- Die AOK Nordost informiert die H_zV-Versicherten, die mich als HAUSARZT gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an dem Hausarztvertrag.
- Die KVBB veröffentlicht das von ihr geführte Teilnehmerverzeichnis, beispielsweise im Internet. In dem Teilnehmerverzeichnis werden folgende Daten des am Hausarztvertrag teilnehmenden Vertragsarztes ausgewiesen: Name, Vorname, Praxisanschrift, Fachgruppe, Telefonnummer sowie die Sprechstundenzeiten. Das Teilnehmerverzeichnis kann an Patienten, die ebenfalls an diesem Hausarztvertrag teilnehmen, weitergegeben werden.

Unterschrift Vertragsarzt

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel Arzt

Im Falle einer Anstellung zusätzlich Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes / ärztlichen Leiters des MVZ / der Einrichtung