

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrag zwischen der KVBB und der DAK-G*

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Vertragsarztstempel

1. Teilnahmeerklärung

Ich möchte gemäß § 2 am Vertrag teilnehmen.

Name, Vorname, Titel, LANR

BSNR (auch mehrere)

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 2 und der Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 erkläre ich hiermit meine Teilnahme am Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrag.

Mir ist bekannt, dass eine Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt.

Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrages zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen – insbesondere die jährliche hypertonespezifische Fortbildung aus dem Vertrag zu erfüllen.

Die geforderte Mindestpatientenzahl (durchschnittlich 30 Patienten mit Hypertonie je Quartal in den 4 Quartalen vor Antragstellung) und die apparativen Ausstattungen werden von mir erfüllt. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KVBB anzeigen.

2. Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass

- mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift auf den Homepages der KVBB und der teilnehmenden Krankenkassen veröffentlicht werden.
- meine o. g. Adressangaben, der Beginn und das Ende der Teilnahme an diesem Vertrag den teilnehmenden Krankenkassen mitgeteilt werden.
- die im Rahmen des Vertrages gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVBB erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- eine Überprüfung der Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag durch die KVBB durchgeführt wird.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrag freiwillig ist und mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVBB gekündigt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Ort, Datum

Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw.
des anstellenden Vertragsarztes