

Anlage 1

zur Vereinbarung agnes^{zwei} zwischen der KVBB und der TK

Antrag auf Teilnahme des Vertragsarztes

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5
14469 Potsdam



Vertragsarztstempel

1. Ich möchte gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung agnes^{zwei} teilnehmen

Name, Vorname, Titel, LANR

BSNR (auch mehrere)

Die agnes^{zwei} Fachkraft _____ wird im Rahmen der Vereinbarung
Name, Vorname

ausschließlich für meine Praxis

oder

auch für die im Folgenden genannten mit mir kooperierenden Ärzte tätig.

Die Kooperationsvereinbarung aller einbezogenen Ärzte über die Beschäftigung der agnes^{zwei} Fachkraft ist dem Antrag beizufügen.

Name, Vorname, Titel, LANR

BSNR (auch mehrere)

Name, Vorname, Titel, LANR

BSNR (auch mehrere)

Name, Vorname, Titel, LANR

BSNR (auch mehrere)

Name, Vorname, Titel, LANR

BSNR (auch mehrere)

Ich behandle schwerpunktmäßig betreuungsintensive Krankheitsbilder
(insbesondere bösartige Neubildungen, entzündliche rheumatische Krankheiten,
Diabetes mellitus)

2. Nachweis der Qualifikation der agnes^{zwei} Fachkraft:

Bitte ankreuzen und Zertifikate in Kopie beifügen

IGiB-Zertifikat Modul A und Modul B (Erwerb bis 31.12.2016)

oder

Zertifikat „Fallbegleitung“ des Fortbildungscurriculums „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“ der Bundesärztekammer und Teilnahme an der Einführungsveranstaltung „agnes^{zwei}“ der IGiB sowie entsprechendes IGiB-Zertifikat (Die Zertifikate können nachgereicht werden.)

In Kenntnis der Vereinbarungsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 und des Leistungsumfangs nach § 4 der Vereinbarung agnes^{zwei}, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an der Vereinbarung agnes^{zwei}. Mir ist bekannt, dass eine Vereinbarungsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt.

Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen der Vereinbarung agnes^{zwei} zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen zu erfüllen. Sobald ich diese Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KVBB anzeigen.

Ich gewährleiste, dass die in meiner Praxis angestellte agnes^{zwei} Fachkraft die laufenden Fortbildungen wahrnehmen wird. Ein angemessener Arbeitsplatz und die erforderlichen Arbeitsmaterialien stehen zur Verfügung.

Ich willige ein, dass

- die vorstehend genannten Daten, der Beginn und das Ende der Teilnahme an dieser Vereinbarung der TK mitgeteilt werden.
- die im Rahmen der Vereinbarung gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVBB erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Vereinbarung agnes^{zwei} freiwillig ist und jederzeit mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Ort, Datum

ggf. Unterschrift des ärztlichen Leiters