

Anlage 2

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen gemäß des Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V

Bitte Erklärung je Teilnehmer ausfüllen!
Rücksendung auch per Fax möglich: 040 22802-420

Titel	Vorname	Name	
Straße/Nr.		PLZ/Ort	LANR

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung. Ich nehme an folgenden Disease-Management-Programmen teil:

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> | COPD | <input type="checkbox"/> |
| Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> | Brustkrebs | <input type="checkbox"/> |

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung samt Anlagen bekannt:
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist;
 - dass mit schriftlicher Genehmigung der KV Hamburg der Beginn meiner Vertragsteilnahme auf das Unterschriftsdatum festgelegt wird;
 - dass ich im Falle der Beendigung meiner Teilnahme die KV Hamburg und die bei mir eingeschriebenen Patienten/Patientinnen in neutraler Form informiere;
 - dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann;
 - welche vertraglichen Aufgaben ich als Hausarzt zu erfüllen habe;
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte;
 - dass die Vertragspartner die Entwicklung eines Evaluationskonzeptes mit Wirtschaftlichkeitsanalysen anhand von Controllingdaten und Patientenzufriedenheitsanalysen vereinbaren;
2. Ich erkläre, dass ich die KV Hamburg unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
3. Ich werde darüber hinaus
 - die Teilnahmeerklärungen von Patienten/Patientinnen quartalsweise nach Einschreibung an die KV Hamburg zur Übermittlung an die AOK weiterleiten;
 - regelmäßig an von der KV Hamburg und/oder der Ärztekammer anerkannten Qualitätszirkeln und/oder Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen und dies der KV Hamburg ggf. nachweisen;
 - die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.

- 4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten.
- 5. Ich beauftrage die KV Hamburg mit der Durchführung des o. g. Vertrages.

Hiermit bestätige ich, dass ich gemäß den Regelungen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung folgende Mindestausstattung in meiner Praxis bzw. ggf. in Kooperation vorhalte:

1. Blutzuckermessgerät:

in der Praxis vorhanden

2. EKG (bei Kinder- und Jugendärzten an Stelle EKG Vorhalten eines altersgerechten Hör- und Sehtestes):

in der Praxis vorhanden

3. Akutlabor:

in der Praxis vorhanden

4. Sonographie:

in der Praxis vorhanden oder

wird in Kooperation erbracht mit: _____

5. Lungenfunktionstest:

in der Praxis vorhanden oder

wird in Kooperation erbracht mit: _____

6. Arzt-Informations-System:

Meine Praxis verfügt bereits über ein Arzt-Informations-System, das insbesondere die elektronische Führung der Patientenakten und die Speicherung der Befunddaten sicherstellt sowie ein Einbestellsystem (Termine zu Früherkennungsmaßnahmen und Impftermine) unterstützt:

ja

nein

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.		
Ort/Datum	Unterschrift	Stempel Arzt / Gemeinschaftspraxis