

Anlage 4: Teilnahmeerklärung der Ärzte



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

**Teilnahme am Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher
Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)
zwischen der KV Hamburg und der KKH, HEK sowie TK**

Hinweis:

- Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!
- Angestellte Ärzte (vgl. B) können nur teilnehmen, wenn der anstellende Arzt auch am Vertrag teilnimmt. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung muss in diesem Fall angestellten und vom anstellenden Arzt unterzeichnet werden.
- Ärzte, die nur in einer Zweigpraxis oder im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft auf dem Gebiet der KV Hamburg tätig sind, können an diesem Vertrag nicht teilnehmen. Ihnen wird aber die Möglichkeit gegeben einen Einzelvertrag zu gleichen Konditionen mit der Krankenkasse abzuschließen. Dafür wenden Sie sich bitte direkt an die Krankenkasse.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Betriebsstättennummer **und** Anschrift der Hauptbetriebsstätte

A. Die Teilnahmeerklärung erfolgt für

Name, Vorname Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

Telefonnummer _____

E-Mail Adresse _____

Anlage 4: Teilnahmeerklärung der Ärzte

B. Die Teilnahmeerklärung erfolgt zusätzlich für folgende(n) angestellte(n) Arzt/Ärzte	
Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fachrichtung	
<input type="text"/>	
Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fachrichtung	
<input type="text"/>	
Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fachrichtung	
<input type="text"/>	

Hiermit erkläre ich, an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

- (1) Ich und die bei mir angestellten Ärzte sind über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert.
- (2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß § 3 des o. g. Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle. Durch meine Unterschrift erkläre ich, über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung zu verfügen. Des Weiteren erkläre ich, eine leitliniengerechte Behandlung durchzuführen.
- (3) Des Weiteren erkläre ich, dass ich regelmäßig (mindestens jährlich) an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen bzw. an anerkannten Qualitätszirkeln teilnehme, die einen krankheitsspezifischen Bezug auf die in den Anlagen 3.1 bis 3.6 des Vertrages zu versorgenden Krankheitsbilder (z.B. pneumologisch-/diabetologisch-/KKH-spezifisch) haben. Durch regelmäßige Fortbildung mache ich mich mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass ich sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann. Die besonderen Untersuchungstechniken umfassen dabei die Durchführung des Screenings gemäß den Anlagen 3.1 bis 3.6 und deren Anhänge. Die Teilnahme an den krankheitsspezifischen zertifizierten Fortbildungen bzw. Qualitätszirkeln ist der KV Hamburg alle fünf Jahre, beginnend mit Ablauf des Jahres, in dem ich die Teilnahme an dem Vertrag erklärt habe, nachzuweisen.
- (4) Ich erkläre, dass die unter Absatz 2 und 3 aufgeführten Erklärungen auch für die bei mir angestellten Ärzte gelten.
- (5) Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der KV Hamburg in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten

Anlage 4: Teilnahmeerklärung der Ärzte

Patienten selbst geltend zu machen.

(6) Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme freiwillig ist und meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Hamburg.
- die Teilnahme endet, wenn die Fortbildungen/Qualitätszirkel nach § 2 Abs. 3a des Vertrages nicht bis zum 15.02. nach Ablauf eines Fünfjahreszeitraums nachgewiesen wurden.
- Die Teilnahme mit dem Ende oder Wegfall meiner Zulassung oder Approbation endet.
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer, LANR und BSNR der ärztlichen Teilnehmer des Vertrages an die KKH, HEK und TK sowie der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der KKH, HEK, TK und der KV Hamburg zu Abrechnungszwecken und zur Versicherteninformation bin ich einverstanden. Die bei mir angestellten Ärzte haben mir gegenüber ein gleichlautendes Einverständnis in die Übermittlung und Veröffentlichung vorgenannter Daten erklärt.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift **Arzt / ärztlicher Leiter des MVZ**

Unterschrift **angestellter Arzt**

Unterschrift **angestellter Arzt**

Unterschrift **angestellter Arzt**