

**Anlage 2: Teilnahmeerklärung Vertragsärzte
zum Vertrag nach § 73 a SGB V
zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch Hepatitis C (HCV)-Infizierten
zwischen der KVH und der AOK Rheinland/Hamburg**

Rücksendung auch per Fax möglich:

Qualitätssicherung Fax-Nr. 040/22802420

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten:		
E-Mail:		

Die Antragstellung erfolgt für eine(n) Angestellte(n)	
Name, Vorname des/der Angestellten:	Anstellungsdatum:
Fachrichtung:	

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg als Arzt

- mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie
- mit der Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach § 135 (2) SGB V
- mit der Zusatzbezeichnung „Infektiologie (LÄK oder DGI)“
- mit der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung (BÄK)“

Daneben erfülle ich die in § 2 Absatz 1 des Vertrages genannten sonstigen persönlichen/sachlichen Voraussetzungen.

Ich beantrage daneben die Teilnahme als Zweitmeinung im Zweitmeinungsverfahren ja nein

Bitte entsprechende Nachweise beifügen, sofern noch nicht der KVH vorliegend.

- Mir sind die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages bekannt und ich werde diese einhalten.
- Ich erkläre, dass ich die KVH unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Voraussetzungen für eine Teilnahme nicht mehr erfülle.
- Ich werde darüber hinaus
 - die Teilnahmeerklärungen von Patienten quartalsweise an die KVH weiterleiten,
 - die jeweils einschlägigen aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.

4. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und Internetadresse an die Krankenkasse, den Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (dagnä) sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an interessierte Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen einverstanden.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages.

Ort Datum

Unterschrift / Praxisstempel

Datum

Unterschrift **Antragsteller/in**

Datum

Unterschrift **Angestellte/r**