

Teilnahmeerklärung des Hausarztes

an den Vereinbarungen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V mit dem **BKK Landesverband-Mitte für die an der Vereinbarung teilnehmenden Krankenkassen**

Per Brief oder FAX (0421/3404337) an

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26-28
28209 Bremen

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o.g. Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir transparent dargelegt worden. Einen Vertragstext habe ich erhalten.

Mit dieser Erklärung erkenne ich die Rechte und Pflichten aus dem Vertrag zur „hausarztzentrierten Versorgung“ an.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist,
- In Berufsausübungsgemeinschaften alle teilnahmeberechtigten Mitglieder der BAG an dieser Vereinbarung teilnehmen müssen,
- eine aktive Teilnahme an den für Hausärzte abgeschlossenen DMP-Verträgen verlangt wird,
- die Teilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden kann.
- die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a SGB V endet.
- Hausärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 abgestuften Vertragsmaßnahmen unterliegen.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages zur „hausarztzentrierten Versorgung“ und erkläre, dass ich nicht an weiteren Verträgen der beteiligten Krankenkassen zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehme.

Inbesondere verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen zum BAR.

Des Weiteren verpflichte ich mich, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste und
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogene Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens/meiner Praxisanschrift (meiner Telefon- und Faxnummer sowie der Veröffentlichung und der Weitergabe der Verzeichnis „Teilnehmende und ausgeschiedene Hausärzte“ gemäß § 3 des Vertrages zur „hausarztzentrierten Versorgung“ einverstanden.

Ort, Datum: _____

BSNR: _____ LANR: _____ Unterschrift: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____