

Teilnahmeerklärung

für den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage des § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordinierung

Name	Vorname
lebenslange Arztnummer	Betriebsstättennummer
E-Mail Adresse	
Praxisanschrift	
Telefonnummer	
Fax-Nummer	

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o. g. Vertrag gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages informiert und erfülle alle Teilnahmebedingungen nach § 14 des o. g. Vertrages. Die entsprechenden Nachweise sind dieser Erklärung beigelegt.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist,
- meine Teilnahme mit der schriftlichen Bestätigung dieser Teilnahmeerklärung durch die Kassenärztliche Vereinigung oder AG Vertragskoordinierung beginnt,
- ich die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der AG Vertragskoordinierung erklären kann,
- ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere der Verpflichtungen nach § 5 und nach § 13 von der Teilnahme am o. g. Vertrag ausgeschlossen werden kann,
- ich die Teilnahmebedingungen nach § 14 des o. g. Vertrages während der gesamten Programmteilnahme erfüllen muss,
- ich zum Erhalt der Teilnahmeberechtigung jedes Jahr die notwendigen Fortbildungen nach § 14 Abs. 1 des o. g. Vertrages schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung oder der AG Vertragskoordinierung darlegen muss,
- ich mich in das Direktmailing nach § 13 Abs. 7 einschreiben muss,
- ich mit Beitritt zum o. g. Vertrag der Veröffentlichung meiner Daten in speziellen Verzeichnissen der Knappschaft nach § 13 Abs. 8 des o. g. Vertrages zustimme.

Ich verpflichte mich darüber hinaus,

- bei Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen die Kassenärztliche Vereinigung oder die AG Vertragskoordinierung umgehend darüber zu informieren,
- die Teilnahme von Patienten durch Einschreibung in meiner Praxis umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu melden,
- während meiner Tätigkeit bei allen mir zur Verfügung gestellten Patientendaten größte Sorgfalt bei der Weiterverarbeitung einzuhalten und in jeder Phase der Datenverarbeitung die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Ich bestätige,

- dass ich nicht an den Gesundheitsnetzen „prosper“ und/oder „proGesund“ teilnehme.

Ort, Datum

Unterschrift, Vertragsarztstempel