

Teilnahmeerklärung des Hausarztes

zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V mit der AOK Bremen/Bremerhaven

Per Brief oder FAX (0421/3404-347) an

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26-28
28209 Bremen

Bitte beachten Sie, dass bei einer BAG/MVZ/ die Teilnahmeerklärung nur für alle Mitglieder der jeweiligen Einrichtung, die als Hausärzte zugelassen sind, gemeinsam erklärt werden kann.

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,
- 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.

Insbesondere verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen zum BAR.

Ich verpflichte mich,

- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und die für die Datensicherheit geltenden Vorschriften der EUDSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.

Ich nehme zur Kenntnis und willige ein,

- das meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der Art. 5 und 6 Abs. 1 lit.b der DSGVO und der §§ § 73 b SGB V verarbeitet werden (inkl. u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).

Ich bin mit Weitergabe/Veröffentlichung meines Namens/meiner Praxisanschrift an die Krankenkasse im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden.

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.

Die Allgemeinen Informationen zur Datenverarbeitung (Anlage 7) und zu meinen Rechten habe ich zur Kenntnis genommen.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: KV Bremen, Schwachhauser Heerstr.26-28, 28209 Bremen

Ort, Datum: _____

BSNR: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____

LANR: _____ Unterschrift: _____