

Anlage 1 „Teilnahmeerklärung Arzt“

zum „Vertrag zwischen der IKK classic, dem Hausärzterverband Sachsen-Anhalt e.V. und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V („Hausarztvertrag“)

Absender mit lebenslanger Arztnummer

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Kordinierungsstelle für das Hausarztprogramm
Postfach 1664
39006 Magdeburg

Fax: (0391) 627 87 6348

Teilnahmeerklärung des Hausarztes zum Hausarztvertrag zwischen der IKK classic, dem Hausärzterverband Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o.g. Hausarztvertrages informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt,
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist.
 - die Teilnahme für Versicherte der IKK freiwillig ist; Versicherte der IKK, die sich gegen eine Teilnahme am HzV-Vertrag entschieden haben, bei Terminvergaben gegenüber teilnehmenden Versicherten der IKK sowie der Versicherten anderer Krankenkassen nicht benachteiligt werden dürfen
 - dass über meine Teilnahme die jeweiligen Vertragspartner entscheiden.
 - welche Teilnahmevoraussetzungen ich erfüllen muss.
 - welche vertraglichen Verpflichtungen ich als Hausarzt zu erfüllen habe.
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte.
 - dass ich die besonderen Qualitätsanforderungen zu erfüllen und die Nachweise gegenüber der KVSA zu erbringen habe.
 - dass ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o.g. Hausarztvertrag ausgeschlossen werden kann.
3. Ich erkläre ferner, dass ich die Teilnahmeerklärung von Patienten, die ihre Teilnahme an dem o. g. Hausarztvertrag erklären, entgegennehme und sie unterschrieben unverzüglich an die IKK classic weiterleite.
4. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben in dem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis einverstanden:
 - meines Namens, Vornamens und meiner Praxisanschrift,
 - meiner Fachgruppe sowie
 - der lebenslangen Arztnummer und der Betriebsstättennummer.Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des Teilnehmerzeichnisses an die teilnehmenden Patienten einverstanden.
Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit Widerruf der Einwilligung ist eine Teilnahme am Vertrag nicht mehr möglich.
5. Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des o.g. Hausarztvertrages auch soweit sie unter 2. - 4. nicht gesondert genannt sind sowie zur Einhaltung der maßgeblichen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

Datum:

Name, Vorname und Unterschrift niedergel. (anstellender) Arzt
Ermächtigter Arzt (§ 24 Abs. 3 ZulassungsVO) / MVZ

Stempel Arzt / Gemeinschafts-
praxis / MVZ

Datum:

Name, Vorname und Unterschrift angestellter Hausarzt

Stempel des angestellten Arztes

Wichtig: Bei der Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jedes Mitglied der Gemeinschaftspraxis eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!