

## Anlage 1 „Teilnahmeerklärung Arzt“

zum „Vertrag zwischen der IKK gesund plus und dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V. unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V („Hausarztvertrag“)“ vom 24.06.2009

\_\_\_\_\_  
Absender mit lebenslanger Arztnummer

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

**Fax: (0391) 627 87 6348**

### **Teilnahmeerklärung des Hausarztes zum Hausarztvertrag zwischen der IKK gesund plus, dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt vom 24.06.2009**

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o.g. Hausarztvertrages informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt,
  - dass meine Teilnahme freiwillig ist.
  - 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 Krankenkasse 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 Teilnehmerverzeichnisses 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.

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!