

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage §140a SGB V zwischen der DAK Gesundheit, der KKH und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Ich erkläre die Teilnahme an oben genanntem Vertrag und erfülle folgende Voraussetzungen:

- ☐ Ich bin als Vertragsarzt gem. § 3 des o. g. Vertrages tätig und betreue durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Hypertonie je Quartal.
- ☐ Ich mache mich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, um diese stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einzusetzen.
- ☐ Ich verfüge über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung oder beauftrage die gerätegestützten Untersuchungen durch Überweisung.

Ich bin umfassend über die vertraglichen Vereinbarungen zur besonderen ambulanten Versorgung informiert. Die vertraglich vereinbarten Inhalte und die Ziele habe ich zur Kenntnis genommen und ich verpflichte mich zur Einhaltung der vertraglichen Regelungen.

Weiterhin verpflichte ich mich,

- bei meiner Tätigkeit die für die Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten und
- bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die freiwillige, schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und Verarbeitung zu unterrichten.
- zur vollständigen und korrekten Dokumentation der Behandlung.
- zur vereinbarten Leistungserbringung (qualifizierte Diagnostik, Stellung der Indikation, umfassende Aufklärung über Ziele und Inhalte der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung).

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme nach Ablauf aller im Rahmen dieses Versorgungsvertrages bei mir begonnenen Behandlungen gegenüber der DAK-Gesundheit bzw. der KKH und der KVSA kündigen. Diese Erklärung erfolgt schriftlich.
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet und
- eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen einen Ausschluss aus dem Vertrag zur Folge haben kann.

Ich willige ein, dass

- mein Titel, Vorname und Name, Fachrichtung, zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer im Verzeichnis auf der Homepage der KVSA veröffentlicht wird.
- die vorstehend genannten Daten, der Beginn und das Ende der Teilnahme an diesem Vertrag sowie der Grund der Teilnahmebeendigung der DAK Gesundheit bzw. der KKH mitgeteilt werden.
- die im Rahmen des Vertrages gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVSA erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

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.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des anstellenden Arztes/MVZ