

Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

Teilnahmeerklärung der Vertragsärzte zum Vertrag über die integrierte Versorgung gemäß § 140 a ff SGB V bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie.

Über die nach dem o.g. Vertrag vereinbarten Versorgungsziele, Dokumentations-, Abrechnungs-, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele konnte sich der Unterzeichner dieser Teilnahmeerklärung umfassend informieren. Diese werden mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung anerkannt.

Am Vertrag zur Integrierten Versorgung von Epilepsie erkrankten Patienten bekundet der Unterzeichner, vorbehaltlich der Zustimmung durch die Techniker Krankenkasse, seine Teilnahme.

Der Unterzeichner dieser Teilnahmeerklärung verpflichtet sich zur Einhaltung der für ihn gültigen Regelungen, insbesondere bezüglich der medizinischen Inhalte der Qualitätssicherung des Vertrages.

Weiterhin verpflichtet sich der Unterzeichner

- vor der Weitergabe von Patientendaten die Patienten ausreichend über die Vertragsinhalte sowie den gesetzlichen und vertraglichen Zweck der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten und zuvor die schriftliche Zustimmung zur Teilnahme vom Patienten erhalten zu haben,
- die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungs- und Unterstützungsangebote der Techniker Krankenkasse zu informieren.

Der Unterzeichner dieser Teilnahmeerklärung ist mit

- der Veröffentlichung des Namens und der Adresse in einem gesonderten Verzeichnis (auch Internet),
- der Weitergabe des Verzeichnisses an alle am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte, und Kliniken sowie an die Versicherten einverstanden.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit

2. bzw. mit dem Entzug der gesetzlichen Zulassung nach dem SGB V endet,
3. Vertragsärzte/Kliniken bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen durch das Norddeutsche Epilepsienetz vom Vertrag ausgeschlossen werden,
4. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend des Vertrages über die integrierte Versorgung gegenüber dem Norddeutschen Epilepsienetz nachzuweisen sind und
5. für die Durchführung der Abrechnung ein Kostenbeitrag 2,-- € zzgl. MwSt. für jeden abgerechneten Fall und für das Management ein Kostenbeitrag von 1,-- € zzgl. MwSt. für jeden abgerechneten Fall entstehen und bei der Abrechnung in Abzug gebracht wird.

Der Unterzeichner möchte als

- ☐ Hausarzt oder Arzt für Kinder- und Jugendmedizin
- ☐ Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie und/oder Zertifikat Epileptologie Plus,

am Vertrag teilnehmen.

Bankverbindung:

Geldinstitut: _____

BLZ _____

Kontonr. _____

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel