

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

**Teilnahmeerklärung DMP-Arzt zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V in Verbindung mit § 83 SGB V Brustkrebs**

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p><b>Tätig in:</b> Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs im Rahmen des Vertrags zwischen der KVSH und den am Vertrag beteiligten Krankenkassen nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 11, der Qualitätssicherung nach § 12 und der Aufgaben nach § 6.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- ☛ die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- ☛ bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des DS-GVO und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- ☛ bei jeder Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).

Ich bin einverstanden mit

- ☛ der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Anlage 11 in dem gesonderten Verzeichnis „ambulantes Leistungserbringerverzeichnis KVSH“ (Anlage 11),
- ☛ der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmer am Vertrag Brustkrebs“ an die teilnehmenden Ärzte, an die am Vertrag beteiligten Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- ☛ der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung nach § 12 des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist,
2. ich den Vertrag gemäß § 6 Abs. 9 kündigen kann,
3. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
4. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 6 sanktioniert werden.
5. der Vertrag von der KVSH und den am Vertrag beteiligten Krankenkassen zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden kann. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Quartalsende.

- Ich möchte als betreuender DMP-Arzt gemäß § 6 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage 1 des Vertrages teilnehmen.
- Information und Bestätigung der Kenntnisnahme des Praxismanuals (Download unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de))
- Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

## Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 den in meinem Namen DAVASO GmbH (Datenstelle) geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- DAVASO GmbH, Sommerfelder Str. 120, 04316 Leipzig (Datenstelle),
- der ArGe DMP SH und der GE DMP sowie
- der KVSH, der KGSH sowie den teilnehmenden Krankenkassen

vom 01.04.2005 spezifiziert ist.

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich ermächtige sie insbesondere dazu,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-Anforderungen-Richtlinie an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP SH und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP SH, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt