

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Teilnahmeerklärung Ärzte zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) auf der Grundlage des § 83 SGB V

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</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><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</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>Tätig in: 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>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</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"/>	

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

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Teilnahme als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors gemäß § 3 des Vertrages Teilnahme als qualifizierter Arzt im Rahmen des fachärztlichen Versorgungssektors gemäß § 4 des Vertrages
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hausärztlicher Versorgungssektor <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt ▪ Teilnahme an COPD-spezifischen, durch Landesärztekammer oder die Fachgesellschaft zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen (jährlich 4 Fortbildungspunkte) ▪ Teilnahme an spezifischen Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten (Mindestdauer 4 Stunden) ▪ Information und Kenntnisnahme durch das Praxismanual (download unter www.kvsh.de) Fachärztlicher Versorgungssektor <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“ ▪ Facharzt für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ ▪ Facharzt für Innere Medizin mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung ▪ Teilnahme an COPD-spezifischen zertifizierten Fortbildungen (jährlich 8 Fortbildungspunkte) ▪ Teilnahme an spezifischen Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten (Mindestdauer 4 Stunden) <input type="checkbox"/> Ich möchte in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig sein
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nur auszufüllen bei Teilnahme als qualifizierter Arzt gemäß § 4 des Vertrages <input type="checkbox"/> Möglichkeit zur Durchführung von: <ul style="list-style-type: none"> - Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät) - Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät) - Bestimmung der kapillären Blutgase <input type="checkbox"/> Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigen- oder Auftragsleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> - Röntgenaufnahme Thorax - Allergologische Diagnostik

	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Der Patient muss bei Weitergabe seiner Daten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung informiert werden. ☞ Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss eingehalten werden. ☞ Der anstellende Arzt übernimmt die umfassende Information angestellter Vertragsärzte für im Rahmen des DMP erbrachte Leistungen in der Vertragspraxis/Einrichtung und gewährleistet die Datensicherheit bei der Datenerhebung personenbezogener Daten sowie bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte.
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen. ☞ Die apparativen und räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein. ☞ Die Teilnahme am strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm COPD ist freiwillig und kann mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden. ☞ Eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen führt zu Maßnahmen gemäß § 13 des Vertrages (gilt auch für angestellte Ärzte) ☞ Die Genehmigung des Antrags kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. ☞ Mit der Unterschrift wird die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt. ☞ Der vollständige Vertrag zum DMP COPD kann auf der Internetseite der KVSH nachgelesen werden.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	_____
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt