

## **Anlage 4**

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms **Diabetes mellitus Typ 1** nach § 83 i. V. m. § 137 f SGB V

# **Teilnahmeerklärung Ärztin/Arzt**

## **zur Einreichung bei der KV RLP**

Hiermit erkläre ich<sup>1</sup>

<hr/>	
Name, Vorname (in Blockschrift)	LANR

dass ich umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 informiert worden bin. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Ich bestätige, dass ich die schriftlichen Informations- und Schulungsmaterialien „Gemeinsamer Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme“ erhalten habe und ihren Inhalt kenne.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich ausdrücklich, die Bestimmungen des DMP-Vertrages, insbesondere die Regelungen zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9 in Verbindung mit der Anlage 5, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII bis IX sowie der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

### **Ich bin mit**

- der Veröffentlichung der im gesonderten „Leistungserbringerverzeichnis“ gemäß der **Anlage 7** des DMP-Vertrages enthaltenen Angaben zu meiner Person,
- der Weitergabe dieses gesonderten „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Kassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung, den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung derselben für die Qualitätssicherung gemäß §§ 10 und 11 des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

### **Mir ist bekannt,**

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Kalendervierteljahres.

---

<sup>1</sup>Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jede/jeder Ärztin/Arzt der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Erklärung an die KV RLP senden

## **Anlage 4, Teil 1**

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms **Diabetes mellitus Typ 1** nach § 83 i. V. m. § 137 f SGB V

### **Ich erkläre meine Teilnahme als**

1.  **diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin/qualifizierter Arzt oder diabetologische Schwerpunktpraxis (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Nummer 1.1 der Anlage 1 der Vereinbarung)**

Zusätzlich beantrage ich auch die Teilnahme<sup>2</sup>

- zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie
- zur Behandlung von schwangeren Typ1-Diabetikerinnen
- zur Behandlung des diabetischen Fußes

2.  **diabetologisch besonders qualifizierte(r) Ärztin/Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen (§ 3 Abs. 4 i. V. m. Nummer 1.2 der Anlage 1 der Vereinbarung).**
3.  **Hausarzt in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 3 i. V. m. Nummer 1.3 der Anlage 1 der Vereinbarung).**

Ich kooperiere mit

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ

\_\_\_\_\_

Ort

- Ich bestätige**, dass jede von mir nachstehend aufgeführte Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte über die jeweils geforderten apparativen/räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Nummern 1.1 bis 1.3 der **Anlage 1** des Vertrages verfügt.

**Ich möchte für folgende Betriebsstätte teilnehmen:**

..... (BSNR)

**Ich möchte für folgende Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:**

..... (NBSNR)

<sup>2</sup> Mehrfachnennungen möglich

## **Anlage 4, Teil 1**

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms **Diabetes mellitus Typ 1** nach § 83 i. V. m. § 137 f SGB V

Nachweise über die Erfüllung der jeweils geltenden Anforderungen an die Strukturqualität

sind beigelegt  liegen der KV RLP bereits vor.

### **Datenstellenbeauftragung:**

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 den in meinem Namen mit der Datenstelle für Disease Management Programme Trier geschlossenen Vertrag über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten in der jeweils aktuellen Fassung.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die im Rahmen des Disease-Management-Programm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich bei der KV RLP über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtige ich diese, 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 Vertrages zu informieren.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel der/des ausführenden Ärztin/Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel der/des Vertragsärztin/Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellenden/anstellender Vertragsärztin/Vertragsarzt, MVZ, Institut)