

Anlage 4, Teil 1

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms **Diabetes mellitus Typ 1** nach § 137 f SGB V auf der Grundlage des § 73 a SGB V

Teilnahmeerklärung Arzt

zur Einreichung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Hiermit erkläre ich

<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 den 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 Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüf- dienst 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.

Anlage 4, Teil 1

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms **Diabetes mellitus Typ 1** nach § 137 f SGB V auf der Grundlage des § 73 a SGB V

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und den Krankenkassen möchte ich wie folgt teilnehmen:

- persönlich
- nur** durch angestellte Ärzte
(dann sind nachfolgend keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte lediglich diese Erklärung unterschreiben, Arztstempel ergänzen und zusätzlich die „Ergänzungserklärung für angestellte Ärzte“ ausfüllen)
- persönlich **und** durch angestellte Ärzte
(dann bitte die weiteren Angaben ergänzen und zusätzlich die „Ergänzungserklärung für angestellte Ärzte“ ausfüllen)

Ich erkläre meine Teilnahme als

1. **diabetologisch besonders qualifizierter Arzt/Einrichtung/Diabetologische Schwerpunktpraxis (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Ziffer 1.1 der Anlage 1 der Vereinbarung)**

Zusätzlich beantrage ich auch die Teilnahme als Ärztin / Arzt / Praxis / Einrichtung¹

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

2. **diabetologisch besonders qualifizierte(r) Arzt / Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen (§ 3 Abs. 4 i. V. m. Ziffer 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. Ziffer 1.3 der Anlage 1 der Vereinbarung).**

Ich kooperiere mit

Name

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

¹ Mehrfachnennungen möglich

Anlage 4, Teil 1

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms **Diabetes mellitus Typ 1** nach § 137 f SGB V auf der Grundlage des § 73 a SGB V

Ich bestätige, dass jede von mir nachstehend aufgeführte Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte über die jeweils geforderten apparativen/räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Ziffern 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)

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,

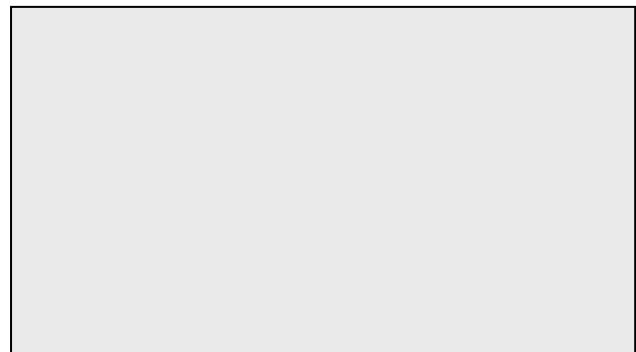
1. die im Rahmen des Disease-Management-Programm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

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.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes



Arztstempel