

Anlage 3.1

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 nach § 83 i. V. m. § 137f SGB V

Teilnahmeerklärung Arzt zur Einreichung bei der KV RLP

Hiermit erkläre ich:

Name, Vorname (in Blockschrift)	LANR
---------------------------------	------

dass ich umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 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 die strukturierten Behandlungsprogramme“ erhalten habe sowie die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 kenne.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich ausdrücklich die Bestimmungen des DMP-Vertrages, insbesondere die Regelungen zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln, den von mir zu übernehmenden Aufgaben und der Dokumentation sowie der Qualitätssicherung einzuhalten.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung der im gesonderten „Leistungserbringerverzeichnis“ gemäß der Anlage 6 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 (BAS), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung derselben für die Qualitätssicherung 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.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 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)

Anlage 3.1

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 nach § 83 i. V. m. § 137f SGB V

Ich erkläre meine Teilnahme als Arzt der:

<input type="checkbox"/> Ebene A koordinierend Ebene B (diabetologisch qualifizierter Arzt)
<input type="checkbox"/> koordinierend
<input type="checkbox"/> nicht koordinierend
Ebene C (diabetologische Schwerpunktpraxis)
<input type="checkbox"/> koordinierend
<input type="checkbox"/> nicht koordinierend
<input type="checkbox"/> mit Führung einer Diabetologischen Fußambulanz

<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass jede von mir nachstehend aufgeführte Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte über die jeweils geforderten apparativen/räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Anlagen 1, 1a oder 2 des Vertrages verfügt.
Ich möchte für folgende Betriebsstätte teilnehmen:
..... (BSNR)
Ich möchte für folgende Nebenbetriebsstätte teilnehmen:
..... (NBSNR)
..... (NBSNR)

Nachweise über die Erfüllung der jeweils geltenden Anforderungen an die Strukturqualität

sind beigefügt 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 der 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 des Arztes

Arztstempel
