

# Anlage 3

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

## Teilnahmeerklärung Ärztin/Arzt zur Einreichung bei der KV RLP

Hiermit erkläre ich<sup>1</sup>:

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 Informations- und Schulungsmaterialien „Gemeinsamer Wegweiser durch die strukturierten Behandlungsprogramme“ zur Kenntnis genommen 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 folgenden Daten im Teilnehmerverzeichnis unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen einverstanden:
  - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
  - lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer,
  - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und
  - Berechtigungen im Rahmen des DMP,
- 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.

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

# Anlage 3

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

Ich erkläre meine Teilnahme als Ärztin/Arzt der:

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

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 koordinierende Ärztin/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-Programms 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.

# Anlage 3

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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