Anlage 3

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Osteoporose bei bestehender Osteoporose nach § 83 i. V. m § 137f SGB V

Teilnahmeerklärung Ärztin / Arzt

Bitte zurücksenden an:

KV RLP
Postfach 2567
55015 Mainz

oder Telefax: 06131 326-327

Hiermit erkläre ich

Name _____, Vorname _____,

LANR _____,

dass ich umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Osteoporose 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“ inklusive der Versorgungsinhalte zu Osteoporose schriftlich oder elektronisch erhalten habe und ihren Inhalt kenne.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich ausdrücklich die Bestimmungen des DMP-Vertrages bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV einzuhalten.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung der im gesonderten „Leistungserbringerverzeichnis“ gemäß **Anlage 4** des DMP-Vertrages enthaltenen Angaben zu meiner Person,
- der Weitergabe dieses gesonderten „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden beziehungsweise teilnahmewilligen Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung derselben für die Qualitätssicherung gemäß § 12 des Vertrags unter Beachtung der Datenschutz-bestimmungen

einverstanden.

Hinweis:

Die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im „Leistungserbringerverzeichnis Osteoporose“ kann jederzeit vom Antragssteller widerrufen werden. Mit dem Zugang des Widerrufs bei der KV RLP endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Quartals.

Anlage 3

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Osteoporose bei bestehender Osteoporose nach § 83 i. V. m § 137f SGB V

– Zutreffendes bitte ankreuzen –

1. Versorgungsebene (hausärztliche Versorgung gemäß Anlage 1)

Erklärung für Allgemeinmediziner, Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt **und Praktische Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Absatz 1a SGB V teilnehmen oder Fachärzte für Innere Medizin,** die nach § 73 SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassen sind (mit Zusatzbezeichnung/Schwerpunkt Endokrinologie oder Rheumatologie) und der Zusatzbezeichnung Osteologe DVO oder gleichwertiger Qualifikation führen.

☐ Ich erkläre meine Teilnahme als **koordinierende/koordinierender Ärztin/Arzt der 1. Versorgungsebene**

2. Versorgungsebene (fachärztliche Versorgung gemäß Anlage 2)

Erklärung für Fachärzte für **Orthopädie und Unfallchirurgie** oder Fachärzte für **Orthopädie** oder Fachärzte der nachfolgend genannten Facharztgruppen, die zusätzlich über die **Qualifikation „Osteologe DVO“** verfügen: Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

☐ Ich erkläre meine Teilnahme an der **2. Versorgungsebene <u>mit</u> Koordinierungsfunktion gemäß § 5 Absatz 3 des DMP-Vertrags**

oder

☐ Ich erkläre meine Teilnahme an der **2. Versorgungsebene <u>ohne</u> Koordinierungsfunktion gemäß § 5 des DMP-Vertrags**

☐ Ich bestätige, über die geforderten fachlichen Voraussetzungen nach Anlage 1 oder 2 des Vertrags in der Praxis zu verfügen.

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 beigefügt. ❒ liegen der KV RLP bereits vor.

Anlage 3

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Osteoporose bei bestehender Osteoporose nach § 83 i. V. m § 137f SGB V

Datenstellenbeauftragung:

Hiermit genehmige ich als Ärztin/Arzt gemäß § 3 oder § 5 den in meinem Namen mit der Datenstelle für Disease Management Programme Trier geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten in der jeweils aktuellen Fassung spezialisiert ist.

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 20 der DMP-A-RL an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftrage Stelle weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft in RLP, 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 ausführenden Ärztin/des Arztes
_____	_____
Datum	Unterschrift / Stempel der Vertragsärztin/des Vertragsarzts bzw. der abrechnenden Stelle (anstellenden/anstellender Vertragsärztin/Vertragsarzt, MVZ, Institut)