

Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

Teilnahmeerklärung der Vertragsärzte zum Vertrag über die Versorgung von Patienten mit orthopädischen Erkrankungen gemäß § 140 a-d SGB V zwischen der BARMER, HEK und IKK Hamburg, dem Ärztenetz Hamburg Nordwest, dem Kath. Marienkrankenhaus und der GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH für die Albertinen-Gruppe*.

Über die nach dem o.g. Vertrag vereinbarten Versorgungsziele, Dokumentations-, Abrechnungs-, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele konnte sich der Unterzeichner dieser Teilnahmeerklärung umfassend informieren. Sie werden mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung anerkannt.

Der Unterzeichner bekundet, vorbehaltlich der Zustimmung durch die teilnehmenden Krankenkassen, seine Teilnahme am Vertrag zur integrierten Versorgung von orthopädisch behandlungsbedürftigen Patienten zwischen der BARMER, HEK und IKK Hamburg, dem Ärztenetz Hamburg Nordwest, der Albertinen-Gruppe und dem Marienkrankenhaus.

Der Unterzeichner dieser Teilnahmeerklärung verpflichtet sich zur Einhaltung der für ihn gültigen Regelungen, insbesondere bezüglich der medizinischen Inhalte der Qualitätssicherung des Vertrages.

Weiterhin verpflichtet sich der Unterzeichner

- vor der Weitergabe von Patientendaten die Patienten ausreichend über die Vertragsinhalte sowie den gesetzlichen und vertraglichen Zweck der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten und zuvor die schriftliche Zustimmung zur Teilnahme vom Patienten einzuholen,
- die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungs- und Unterstützungsangebote der HEK zu informieren.

*Albertinen-Krankenhaus / Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus

Der Unterzeichner dieser Teilnahmeerklärung ist mit

- der Veröffentlichung seines Namens und seiner Adresse in einem gesonderten Verzeichnis (auch Internet),
- der Weitergabe des Verzeichnisses an alle am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte und Kliniken sowie an die teilnehmenden Versicherten einverstanden.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. mit dem Entzug der gesetzlichen Zulassung nach dem SGB V endet.
2. Vertragsärzte/Kliniken bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen vom Vertrag ausgeschlossen werden.
3. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend Anlage 1 bzw. Anlage 2 dieses Vertrages gegenüber der HEK nachzuweisen sind.
4. zusätzliche Kostenbeiträge von 1% für die Durchführung der Abrechnung sowie 1,5% für das Management entstehen, die bei der Abrechnung in Abzug gebracht werden.

Der Unterzeichner möchte

- als Facharzt für Orthopädie und / oder Chirurgie gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1
- als Facharzt für Orthopädie und / oder Chirurgie und Belegoperator eines teilnehmenden Krankenhauses gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2

an dem Vertrag teilnehmen.

**Bankverbindung:

Geldinstitut: _____

BLZ: _____

Kontonummer: _____

**Soweit der Abrechnungsstelle nicht bereits bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel