

**Anlage 1: Teilnahmeerklärung grundversorgender Arzt
zum Vertrag gemäß § 64 SGB V
über die Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales
telemedizinisches Kooperationsnetzwerk rund um die Uhr „Optimal@NRW“**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970-33235

E-Mail: Optimal-NRW@kvno.de

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt:		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o. g. Vertrag gem. § 2a als „grundversorgender Arzt“.

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages.
2. Die erforderliche Genehmigung der Videosprechstunde
 - wurde noch nicht erteilt. Sofern nur der im Projekt Optimal@NRW vorgegebene Videodienst in der Praxis genutzt wird, wird mit dieser Teilnahmeerklärung auch der Antrag auf Genehmigung der Videosprechstunde gestellt. In diesem Fall ist die gesonderte Übermittlung des Zertifikates des Videodienstanbieters nicht erforderlich.
 - wurde bereits erteilt und liegt der KV Nordrhein vor.
3. In meinem Praxisverwaltungssystem ist ein Softwaremodul für die Anbindung an die elektronische Fallakte (EFA)
 - noch nicht unter Verwendung öffentlicher Fördermittel installiert und aktiviert. (Der Zugriff auf die elektronische Fallakte (EFA) kann sowohl über ein Softwaremodul als auch über einen Internet-Browser erfolgen. Die Verwendung eines Softwaremoduls ist daher nicht Voraussetzung zur Teilnahme am Projekt.)

bereits unter Verwendung öffentlicher Fördermittel (z.B. im Rahmen des Projektes Telnet@NRW) installiert und aktiviert.

4. Im Rahmen des Projektes wird die Arztrufzentrale NRW grundversorgende Ärzte kontaktieren, wenn während ihrer Praxisöffnungszeiten bzw. während ihrer mit dem Pflegeheim abgestimmten Rufbereitschaft, das Pflegeheim eine Akutsituation für einen an Projekt teilnehmenden Versicherten ermittelt, der vom grundversorgenden Arzt versorgt wird. Dazu benötigt die Arztrufzentrale NRW Uhrzeiten und eine Telefonnummer, idealerweise Durchwahl oder Handy-Nummer.

Ich bin damit einverstanden, dass die nachstehende(n) Telefonnummer(n), sowie die Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit für Akutfälle der Arztrufzentrale NRW weitergegeben werden. Tritt an einem der von mir im Rahmen dieses Projektes behandelnden Patienten ein Akutfall ein, nutzt die ARZ diese Daten, um mich innerhalb der genannten Erreichbarkeit zu kontaktieren.

Telefonnummer(n):

Ich bin für Akutfälle zu folgenden Zeiten erreichbar:

Montag	_____
Dienstag	_____
Mittwoch	_____
Donnerstag	_____
Freitag	_____
Samstag	_____
Sonntag	_____

5. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der KV Nordrhein abgerechnet werden.
6. Ich bestätige, dass ich die Anforderungen an diesem Vertrag erfülle und alle sich auf die Vertragsanforderungen beziehenden Änderungen z.B Änderungen bei der im Projekt benötigten IT-Ausstattung der KV Nordrhein unverzüglich mitteilen werde.
7. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an den Konsortialführer und -partner einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.
8. Aufnahme in den Optimal-Newsletter:
 Ich möchte in Bezug auf den Fortschritt des Projektes immer auf dem Laufenden bleiben und stimme hiermit der Aufnahme meiner o.g. E-Mail-Adresse in den Newsletter-Verteiler zu. Die Anmeldung zum Optimal-Newsletter ist nicht Voraussetzung für die Teilnahme am Vertrag.

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift