

Anlage 1: Teilnahmeerklärung des Arztes

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über ein telemedizinisches Expertenkonsil zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen und Erkrankungen des zentralen Nervensystems

Für Ärzte der Bezirksstelle Düsseldorf und Köln:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Düsseldorf
–Abteilung Qualitätssicherung–
40182 Düsseldorf
Fax: 0211 5970 8574

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 der BARMER

Ich bin **Hausarzt** und beantrage meine Teilnahme als nachfragender Arzt

oder

Ich bin **Facharzt** für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie und beantrage meine Teilnahme für folgende neurologische Indikationen:

- **Kopfschmerz** als
 - nachfragender Arzt oder
 - Experte
- **Parkinson** als
 - nachfragender Arzt oder
 - Experte
- **Multiple Sklerose** als
 - nachfragender Arzt oder
 - Experte

bzw. für folgende psychiatrische Indikationen:

- **Psychosen** als
 - nachfragender Arzt oder
 - Experte

- **Demenz** als
 - nachfragender Arzt oder
 - Experte

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Regelungen des Vertrages, in der jeweils gültigen Fassung. Ich verpflichte mich zur Nutzung eines Kommunikationsdienstleisters, welcher von den Berufsverbänden benannt wurde und die Vorgaben gem. Anlage 3 erfüllt.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Versicherten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an die BARMER sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an interessierte Versicherte der BARMER einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.
4. Die hierfür erforderlichen und in dem Vertrag beschriebenen Voraussetzungen erfülle ich vollständig, und die Anerkennung des Berufsverbandes als „Experte“ füge ich bei.
5. Gleichzeitig erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KV Nordrhein ergänzend zu dem üblichen Verwaltungskostenbeitrag einen Betrag in Höhe von 7,50 € für jede nach der SNR 95302 sowie 95303 abgerechneten Leistungen abzieht und diese Gebühr an

(Bitte Namen des Kommunikationsdienstleisters eintragen)

abführt. Ferner beauftrage ich die KV Nordrhein damit, dass meine unter 3. angegebenen Daten an den von mir gewählten Kommunikationsdienstleister weitergegeben werden.

Die erforderlichen Nachweise zur Teilnahme an dem Vertrag

- füge ich diesem Antrag bei
- wurden bereits nachgewiesen und liegen der KV Nordrhein vor.

6. Die KV Nordrhein ist berechtigt, die Nachweise über die erforderlichen CME-Punkte in meinem Auftrag bei der Ärztekammer Nordrhein einzuholen.

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift