Anlage 2

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK VAG NRW

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen des Vertrages über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V ab 01.03.2007 zwischen der KV Nordrhein und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NRW

Titel	Vorname	Name

Straße/Nr.	PLZ/Ort	KV-Nr.

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung für Versicherte der beteiligten Betriebskrankenkassen als

HAUSARZT

und erfülle die in § 6 des Vertrages genannten Qualitätsanforderungen

- **vollständig**. ☐
  (Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei.)
- **noch <u>nicht</u> vollständig.** ☐
  Die entsprechenden Nachweise inklusive Anmeldung zur Einführung eines Qualitätsmanagements reiche ich innerhalb von drei Monaten nach.
- **Ich nehme an folgenden Disease-Management-Programmen teil:**

Diabetes mellitus Typ 1	☐	Diabetes mellitus Typ 2			☐
Koronare Herzkrankheiten	☐	Asthma	☐	COPD	☐
Brustkrebs	☐				

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der §§ 6 und 7 bekannt:
2. Ich erkläre, dass ich die KV Nordrhein unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
3. Ich werde darüber hinaus
   - die Teilnahmeerklärungen von Patienten/ Patientinnen innerhalb einer Woche an die KV Nordrhein zur Information der jeweiligen Krankenkasse weiterleiten;
   - mindestens viermal pro Jahr an einem von der KV Nordrhein und/oder der Ärztekammer anerkannten Qualitätszirkel teilnehmen. Sofern bereits ein hausärztlicher Qualitätszirkel belegt wird, gilt diese Anforderung mit der Vorlage der Teilnahmebescheinigung als erfüllt;
   - die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.
4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten.
5. Ich beauftrage die KV Nordrhein mit der Durchführung des oben genannten Vertrages.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages

Ort/Datum	Unterschrift	Vertragsarztstempel

Anhang zu den Hausarztverträgen mit Knappschaft und BKK

Persönliche und sachliche Qualitätsanforderungen
Von mir werden folgende persönliche und sachliche Qualitätsanforderungen erfüllt:

Ich nehme an folgenden Disease Management Programmen teil:

Diabetes mellitus Typ 2 □	Koronare Herzkrankheiten □	COPD □
Asthma bronchiale □	Diabetes mellitus Typ 1 □	

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich versichere, ein praxisinternes hausärztliches Qualitätsmanagement, das den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entspricht, einzuführen und fortzuentwickeln.	□
Ich habe ein Praxis-Datenverarbeitungs-System, das die elektronische Führung der Patientenakten, die Speicherung von Befunddaten, die elektronische Abrechnung und ein Einbestellsystem sicherstellt.	□
Ich halte folgende apparative Mindestausstattung in meiner Praxis bereit: • Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung • Belastungs-EKG (in Eigenleistung oder per Auftragsleistung) • Lungenfunktionstest • Akutlabor	□
Optional: Meine Praxis verfügt über einen rollstuhlgerechten/-geeigneten Zugang.	□
Ich bestätige, den Vertragsinhalt zur Kenntnis genommen zu haben.	□

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift
Vertragsarztstempel

Anlage 5

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Einverständniserklärung des Versicherten

zur Teilnahme am Vertrag der

Hausarztzentrierten Versorgung mit den beteiligten Betriebskrankenkassen

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der "Hausarztzentrierten Versorgung" der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein sowie meiner Betriebskrankenkasse

Meine Betriebskrankenkasse bzw. mein gewählter Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die Hausarztzentrierte Versorgung sowie über die Zusammenarbeit zwischen meinem Hausarzt und anderen Ärzten und/oder anderen beteiligten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert.

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung	Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen
▪ Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. ▪ Mein Hausarzt koordiniert meine Behandlung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung. Dies umfasst neben der Durchführung der hausärztlichen Betreuung die Koordination der fachärztlichen und der Krankenhausbehandlung sowie die Koordination von Verordnungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege (veranlasste Leistungen). ▪ Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Diese Regelung gilt nicht im Vertretungsfall und während urlaubsgedingter Abwesenheit meines gewählten Hausarztes sowie für die Inanspruchnahme des Notdienstes. Einen Facharzt nehme ich nur auf Überweisung meines Hausarztes in Anspruch; hiervon ausgenommen sind Augenärzte und Frauenärzte. ▪ Meinen gewählten Hausarzt werde ich nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln (z. B. bei Wohnortwechsel). Bei einem Wechsel wird eine neue Einverständniserklärung erforderlich. ▪ Meinen Hausarzt und die weiteren an der Behandlung beteiligten Ärzte autorisiere ich zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten an weiterbehandelnde Vertragsärzte sowie an Krankenhausärzte unter Berücksichtigung der berufs-, datenschutz- und sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen. ▪ Ich werde alle an der Behandlung beteiligten Ärzte über meine Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung informieren. ▪ Bei wiederholter Missachtung meiner Verpflichtungen kann ein Ausschluss von der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung durch meine Krankenkasse erfolgen. ▪ Ja, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen (an diese Verpflichtung bin ich mindestens ein Jahr gebunden. Danach gilt eine Kündigungsfrist von 4 Wochen zum Quartalsende). ▪ Der unterzeichnende Arzt ist mein Hausarzt.	• Die Einverständniserklärung wird zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen von meinem betreuenden Hausarzt an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zur Weiterleitung an meine Krankenkasse versandt. Ich erhalte eine Durchschrift der Einverständniserklärung, ein weiteres Exemplar verbleibt bei meinem Hausarzt. • Meine Daten und Informationen über die Art und Ergebnisse der Behandlung werden im erforderlichen Umfang von den an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Vertragspartnern eingesehen und gespeichert. • Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der Hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. • Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und keinem Unbefugten zugänglich gemacht. • Die Hausarztzentrierte Versorgung kann wissenschaftlich begleitet und mit der wissenschaftlichen Auswertung ein geeignetes Forschungsinstitut beauftragt werden. Hierzu erkläre ich mich ausdrücklich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten, insbesondere der Leistungs- und Abrechnungsdaten zur medizinischen, qualitativen und wirtschaftlichen Auswertung der hausarztzentrierten Versorgung einverstanden. Die Daten werden so früh wie möglich, spätestens mit Abschluss der Auswertung, anonymisiert. Die Versagung der Einwilligung führt zur Nichtteilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung.

Bitte vom gewählten Hausarzt unterschreiben lassen:

➢ Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die Koordination im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung wahrnehme

Unterschrift des Arztes

Vertragsarztstempel

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung und zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Ja, ich habe die Informationen zur Teilnahme und Datenschutzerklärung zur Hausarztzentrierten Versorgung zur Kenntnis genommen und wünsche eine Behandlung aufgrund des mir vorgestellten Versorgungskonzeptes.
Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen Versorgungskonzeptes im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden.

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters