

Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Hausarztes
zum Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73 b SGB V zwischen dem HÄV M-V, der IKK Nord und der beauftragten KVMV

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
LANR	BSNR	
Wichtig für Berufsausübungsgemeinschaften! Jeder Hausarzt muss eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln.		

Hiermit stelle ich den Antrag am o. g. Vertrag teilzunehmen.

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur hausärztlichen Versorgung informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt:
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist und die Kündigung 6 Wochen zum Quartalsende möglich ist,
 - dass die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch den HÄV M-V erfolgt und eine nach Vorliegen der Voraussetzung einer Genehmigung zur Teilnahme erteilt wird,
 - dass ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o. g. Vertrag ausgeschlossen werden kann (§ 7),
 - welche Teilnahmevoraussetzungen ich nach § 3 erfüllen muss und die Nachweise gegenüber dem HÄV M-V zu erbringen sind,
 - dass ich an Qualitätszirkeln und an hausärztlich orientierten Fortbildungsveranstaltungen teilnehme (§ 3),
 - dass ich die Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagements spätestens nach 2 Jahren nachweise,
 - dass die Aufgaben des § 4 zu erfüllen sind,
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben aus dem o. g. Vertrag die Vergütungen gemäß Anlage 1 i.V.m. Anlage 5 erhalte.
3. Ich erkläre über die Punkte 1 und 2 hinaus, dass:
 - ich meine Patienten über die hausarztzentrierte Versorgung informiere,
 - ich die Teilnahmeerklärung von Patienten, die ihre Teilnahme am o. g. Vertrag erklären, entgegennehme und an den HÄV M-V bzw. möglichst innerhalb von zwei Wochen übermittle.
4. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben im Teilnehmerverzeichnis und dessen Veröffentlichung auf der Website des HÄV M-V sowie der KVMV und der Weitergabe an die Vertragspartner und Versicherten einverstanden:
 - meines Namens und meiner Praxisanschrift mit Telefonnummer,
 - meiner Fachgruppe,
 - der Kennzeichnung als Vertragsarzt (Arztnummer).
5. Die sachlichen und inhaltlichen Qualitätsanforderungen erfülle ich.
 Ich verpflichte mich weiterhin zur Einhaltung aller Regelungen des o. g. Vertrages auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind. Ich bestätige, den Vertragsinhalt zur Kenntnis genommen zu haben.
6. Das Merkblatt Datenschutzrechte (Anhang 1 zu Anlage 2) habe ich erhalten.

Datum	Unterschrift	Stempel Arzt

Angestellte Ärzte benötigen zur Teilnahme am Vertrag die Genehmigung durch den anstellenden Arzt oder die Geschäftsführung:

Genehmigung des anstellenden Arztes/ ärztlichen Leiters/ Geschäftsführers/Name und Unterschrift