

Anlage 02a

zum Rahmenvertrag zur Durchführung des ambulanten Versorgungskonzeptes PIANO
für Patienten mit leichter oder mittelgradiger Depression in Schleswig-Holstein

Teilnahmeerklärung Vertragsarzt (Hausarzt / Facharzt)

An: **Ärztegenossenschaft Nord eG**
Bahnhofstr. 1 – 3
23795 Bad Segeberg

per Fax: 04551 / 99 99 19

Titel, Vorname, Name: _____

LANR / BSNR: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Fax: _____

Ansprechpartner für PIANO: _____

E-Mail Ansprechpartner: _____

KV-SafeMail: _____

Mitglied in folgendem
Ärztetenetz: _____

Teilnahme mit
Wirkung zum: _____

Zahlungen sollen erfolgen an:
Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ Kreditinstitut: _____

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am PIANO-Vertrag als

Hausarzt gemäß § 3 des Rahmenvertrages

Facharzt gemäß § 4 des Rahmenvertrages

und dass ich die im PIANO-Vertrag genannten Voraussetzungen zur Teilnahme als
Leistungserbringer erfülle.

2. Ich habe die Inhalte des PIANO-Vertrages (inkl. der Anlagen) zur Kenntnis genommen und
verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der dort genannten
Regelungen für Vertragsärzte.

3. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen der besonderen
Versorgung geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst erfolgen darf. Ich
erkläre mein Einverständnis, die für die Abrechnung erforderlichen Daten an die

Ärztegenossenschaft Nord eG (ÄGN) zu übermitteln. Die Abrechnung erfolgt über die ÄGN gegenüber der AOK NORDWEST. Hierfür erhebt die ÄGN ein Entgelt.

4. Ich stimme der Verarbeitung und Nutzung der von mir übermittelten Daten durch die ÄGN in dem für die Vertragsabrechnung erforderlichen Umfang zu. Die Daten werden von der ÄGN unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz und das Sozialgeheimnis, verarbeitet und genutzt.
5. Ich stimme zu, dass mein Name und meine Praxisdaten mit Nennung der Vertragsteilnahme auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht werden.
6. Mir ist bekannt, dass vom Vertragsausschuss im Falle von Vertragsverstößen Sanktionen gegen mich verhängt werden können bzw. ich von einer weiteren Teilnahme an der o.g. Versorgung vom Vertragsausschuss ausgeschlossen werden kann.
7. Meine Teilnahme kann ich schriftlich gegenüber der ÄGN kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die Betreuung der eingeschriebenen Patienten ist von mir bis zum Ende der Kündigungsfrist abzuschließen. Sollte dies für mich nicht möglich sein, gewährleiste ich, dass meine Patienten, ggf. durch Einbindung des Casemanagements, an einen anderen Vertragsarzt übergeleitet werden.
8. Ich verpflichte mich, die ÄGN unverzüglich über das Ende oder das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu informieren.
9. Für die Dokumentation der im Rahmen dieses Versorgungskonzeptes erbrachten Leistungen werde ich
 - den elektronischen Behandlungspfad (Anlage 7)
 - das papierbasierte Verfahren (Formulare nach Anlagen 13a ff.)nutzen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt

Praxisstempel

Die Strukturqualität gemäß Anlage 6 wurde nachgewiesen.

Hiermit wird die Teilnahme des Vertragsarztes an dem o.g. Versorgungskonzept zum

_____ bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift ÄGN