

## Anlage 02b

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

### Teilnahmeerklärung Vertragspsychotherapeut

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 und dass ich die in § 5 des PIANO-Vertrages 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 Psychotherapeuten.
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 Psychotherapeuten übergeleitet werden.
8. Ich verpflichte mich, die ÄGN unverzüglich über das Ende oder das Ruhen der Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen 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 Psychotherapeut

Praxisstempel

---

Die Strukturqualität gemäß Anlage 6 wurde nachgewiesen.

Hiermit wird die Teilnahme des Psychotherapeuten an dem o.g. Versorgungskonzept zum \_\_\_\_\_ bestätigt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift ÄGN