Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Förderung der Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S gemäß § 136 Abs. 4 SGB V

Rücksendung auch per Fax möglich: Bezirksstelle Düsseldorf Fax-Nr. 0211/5970-8574
Bezirksstelle Köln Fax-Nr. 0221/7763-6550

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten:		
E-Mail:		

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der AOK als

Gebietsbezeichnung/Fachkunde
Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung

- und erfülle die in § 6 des Vertrages genannten Voraussetzungen.

vollständig ☐ noch nicht vollständig ☐
(Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei.)

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages unter besonderer Berücksichtigung der Abschnitte 4 (Teilnahme von Ärzten) und 5 (Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement) 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 Patientinnen/Patienten innerhalb der Frist an die KV Nordrhein weiterleiten.
   - mindestens zweimal pro Jahr an einem themenbezogenen Qualitätszirkel nach § 8 des Vertrages teilnehmen. Eine entsprechende Teilnahmebescheinigung wird von mir vorgelegt;
   - die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.

4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die AOK Rheinland/Hamburg einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der im Vertrag genannten Listen im Internet.

5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KV Nordrhein abweichend von dem üblichen Verwaltungskostenbeitrag einen pauschalen Abzug in Höhe von 4 % für die nach diesem Vertrag abgerechneten Leistungen vornimmt.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages.

Ort/Datum Unterschrift Vertragsarztstempel