

**Teilnahmeerklärung des Arztes
an der
Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der
ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie
zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

Praxisart: Einzelpraxis
 Praxisgemeinschaft

Name: _____

Anschrift: _____

Betriebsstättennummer: _____

Lebenslange Arztnummer: _____

Telefon-Nummer: _____

Fax-Nummer: _____

Email-Adresse: _____

- Ich erkläre gemäß § 2 zu o. g. Vereinbarung meine Teilnahme.

- Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der o.g. Vereinbarung informiert. Die vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind bekannt. Mit dieser Teilnahmeerklärung erkenne ich alle Rechte und Pflichten aus der o.g. an und verpflichte mich zu deren Einhaltung.

- Mir ist insbesondere bekannt, dass
 - die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist,
 - die Teilnahme mit einer Frist von 2 Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gekündigt werden kann,
 - ich bei Nichteinhaltung der vereinbarten Verpflichtungen oder die bei Nichterfüllung der vereinbarten Voraussetzungen und Erfordernisse gemäß § 2 Abs. 3 von der Teilnahme ausgeschlossen werden kann,
 - die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung weitergeleitet werden muss.
 - die Abrechnung der Vergütung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erfolgt,
 - Vergütungsanspruch nur besteht, wenn die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten vorliegt und

der Patient am Tag der Einschreibung bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert ist,

- meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen der AOK Rheinland/Hamburg zur Verfügung gestellt werden dürfen.
- Des Weiteren verpflichte ich mich , dass ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste und bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.
- Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an der geplanten Evaluation teilzunehmen.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller mich betreffenden Regelungen dieser Vereinbarung.

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift des teilnehmenden Arztes)