

Anlage 1

Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V vom 20.11.07 in

Sachsen

Teilnahmeerklärung des Arztes

Antrag zur Teilnahme an dem Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung zwischen der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Ost (BKK-VAG Ost) und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Titel	Vorname	Name	
Straße/Nr.	PLZ/Ort	Vertragsarzt-Nr.	
Telefonnummer	Fax-Nummer	Email*	
Wichtig: Bei der Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jedes Mitglied der Gemeinschaftspraxis eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!			

Hiermit stelle ich den Antrag an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur hausärztlichen Versorgung durch Hausärzte und Fachärzte informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt:
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist,
 - über die Teilnahme die KV Sachsen im Auftrag der BKK-VAG Ost entscheidet,
 - dass ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o. g. Vertrag ausgeschlossen werden kann (§ 3 Abs.10),
 - welche Teilnahmevoraussetzungen ich nach § 4 erfüllen muss,
 - dass die besonderen Qualitätsanforderungen des § 4 spätestens nach Ablauf eines Jahres nach Teilnahmebeginn zu erfüllen sind und die Nachweise gegenüber der KV Sachsen zu erbringen sind,
 - welche vertraglichen Pflichten ich als Hausarzt nach § 5 zu erfüllen habe und
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben aus dem o. g. Vertrag eine Vergütung erhalte (§ 11). Zur Durchführung dieses Vertrages, insbesondere der Abrechnung der Zusatzvergütungen nach diesem Vertrag auf der Grundlage der für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen geltenden Vorgaben, beauftrage ich die KV Sachsen (§ 3 Abs. 7).
3. Ich erkläre, dass ich alle Punkte des Vertrages vollständig erfüllen werde, insbesondere:
 - die fristgemäße Weiterleitung der Patientenerklärung an die von der BKK-VAG Ost eingerichteten Stelle und
 - die Qualitätsanforderungen nach § 4.
4. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben im Teilnehmerverzeichnis (§ 3 Abs. 9) einverstanden:
 - meines Namens und meiner Praxisanschrift mit Telefonnummer,
 - meiner Fachgruppe,
 - der Kennzeichnung als Vertragsarzt (Arztnummer).

Datum	Unterschrift	Vertragsarztstempel
-------	--------------	---------------------

* freiwillig auszufüllen, soweit vorhanden

Vertrag über eine Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Ost (BKK-VAG Ost) und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.