

Teilnahmeantrag **Betreuungsstruktur Hausärzte bzw. Fachärzte und Psychotherapeuten** zu dem Strukturvertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Niedersachsen gemäß § 73 a SGB V der TK Anlage 1a und 1b



Name und Kontaktdaten des Arztes (Leistungserbringer): Lebenslange Arztnummer (LANR) _____ Betriebsstättennummer (BSNR) _____	<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Ermächtigung <input type="checkbox"/> Anstellung bei: _____ zum: _____
--	--

Ort der Leistungserbringung, einschließlich Zweigpraxen:

Vertragsziel ist eine verbesserte patientenorientierte medizinische Versorgung, die durch eine stärkere ärztliche Koordination von Behandlungsmaßnahmen, u. a. eine erhöhte Betreuungsintensität sowie eine Senkung von Wartezeiten, eine schnellere Genesung der Patienten erreichen soll.

1. Fachliche Befähigung	<input type="checkbox"/> Ich nehme an der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen teil. <input type="checkbox"/> Ich nehme an der fachärztlichen Versorgung in Niedersachsen teil. <input type="checkbox"/> Ich nehme an der psychotherapeutischen Versorgung in Niedersachsen teil.
2. Organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Die Dokumentation der Diagnoseangaben im Behandlungsfall erfolgt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen aktuellen Fassung (ICD 10). <input type="checkbox"/> Ich stelle ein wirtschaftliches Überweisungs- und Verordnungsverhaltens sicher und vermeide Mehrfachuntersuchungen.
3. Erklärung	Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Vertragsinhalte nebst Anlagen und stimme der Veröffentlichung meiner Praxiskontaktaten mit Namen und Praxisanschrift, auch im Internet auf der Homepage der KVN (Arztauskunft Niedersachsen), zu. Ich erkläre mich zur Umsetzung der im Vertrag und seiner Anlagen benannten Behandlungsprozesse und Aufgaben bereit. Zur Unterstützung einer wissenschaftlichen Evaluation bin ich bereit. Ich beauftrage die KVN mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere mit der Abrechnung der Zusatzvergütungen.

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit der Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum / Unterschrift * / Stempel

* (Beim angestellten Arzt ist die Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters erforderlich)