

# Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrag zwischen der KVBB und der DAK-G

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam

Vertragsarztstempel

## 1. Teilnahmeerklärung

Ich möchte gemäß § 2 am Vertrag teilnehmen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel, LANR

\_\_\_\_\_  
BSNR (auch mehrere)

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 2 und der Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 erkläre ich hiermit meine Teilnahme am Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrag.

Mir ist bekannt, dass eine Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt.

Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrages zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen – insbesondere die jährliche hypertonespezifische Fortbildung aus dem Vertrag zu erfüllen.

Die geforderte Mindestpatientenzahl (durchschnittlich 30 Patienten mit Hypertonie je Quartal in den 4 Quartalen vor Antragstellung) und die apparativen Ausstattungen werden von mir erfüllt. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KVBB anzeigen.

## 2. Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass

- mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift auf den Homepages der KVBB und der teilnehmenden Krankenkassen veröffentlicht werden.
- meine o. g. Adressangaben, der Beginn und das Ende der Teilnahme an diesem Vertrag den teilnehmenden Krankenkassen mitgeteilt werden.
- die im Rahmen des Vertrages gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVBB erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- eine Überprüfung der Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag durch die KVBB durchgeführt wird.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrag freiwillig ist und mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVBB gekündigt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw.  
des anstellenden Vertragsarztes