

Anlage 3 - Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit der SVLFG

**Teilnahmeantrag zum Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung der SVLFG gemäß § 73 b SGB V**

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

**Vertragsziel** ist es, die hausärztliche Versorgung für SVLFG-Versicherte durch die Zusammenarbeit mit engagierten und besonders qualifizierten Hausärzten hinsichtlich Qualität, Serviceleistungen und Koordination zu verbessern.

Teilnahmeberechtigt sind alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Niedersachsen, mit Ausnahme der ausschließlich als Kinder- und Jugendärzte tätigen Vertragsärzte.

**Ort der Leistungserbringung** \_\_\_\_\_ **BSNR** \_\_\_\_\_

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> Ich bin Vertragsarzt im Rahmen der hausärztlichen Versorgung und verfüge über die Genehmigung zur Psychosomatischen Grundversorgung.  <p style="text-align: center;"><b>ODER</b></p> <input type="checkbox"/> Ich bin Vertragsarzt im Rahmen der hausärztlichen Versorgung und verfüge noch <u>nicht</u> über die Genehmigung zur Psychosomatischen Grundversorgung, werde diese aber innerhalb von 3 Jahren nach erstmaliger Vertragsteilnahme durchführen.  <u>Hinweis:</u> Der Nachweis über den Beginn der Nachqualifikation muss innerhalb eines Jahres nach Teilnahmebeginn gegenüber der KVN geführt werden.  <p style="text-align: center;"><b>Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise.</b></p>
<b>Apparative und technische Anforderungen</b>	<input type="checkbox"/> EKG mit 12-Kanal-Aufzeichnung <input type="checkbox"/> Langzeit-RR-Monitoring (ggf. in Kooperation mit einer anderen Praxis) <input type="checkbox"/> Qualitätskontrolliertes Blutzucker-Messgerät <input type="checkbox"/> Akutlabor <input type="checkbox"/> Spirometrische Lungenfunktionstestung (ggf. in Kooperation mit einer anderen Praxis) <input type="checkbox"/> Oto-und Laryngoskop <input type="checkbox"/> Notfall-Arztkoffer als Ein-oder Zweikoffer-System <input type="checkbox"/> Die technischen Voraussetzungen zur Kommunikation mit E-Mail und/oder Telefax sowie zur elektronischen Einschreibung von Versicherten über das KVN-Portal werden vorgehalten und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen genutzt. <input type="checkbox"/> Die Praxis verfügt über ein nach dem BMV-Ä zertifiziertes Arztinformationssystem (AIS Praxis-Softwaresystem). <input type="checkbox"/> Die Praxis verfügt über ein Datenverarbeitung-System, welches die elektronische Führung der Patientenakten, die Speicherung der Befunddateien, die elektronische Abrechnung und ein Einbestellsystem sicherstellt.

<b>Organisatorische Anforderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Das Praxispersonal verfügt über Kenntnisse in der Notfallversorgung und Reanimation.</li> <li><input type="checkbox"/> Ein wirtschaftliches Überweisungs- und Ordnungsverhalten wird sichergestellt und Doppeluntersuchungen werden vermieden.</li> <li><input type="checkbox"/> Die Praxis verfügt über ein einrichtungsinternes, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenes, indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement mit Dokumentation einiger aussagekräftiger Qualitätsindikatoren.</li> <li><input type="checkbox"/> Der Praxiszugang für behinderte Patienten ist sichergestellt.</li> <li><input type="checkbox"/> Die Praxis bietet besondere Sprechstunden für Arbeitnehmer (z.B. am Abend oder am Wochenende) an.</li> </ul>
<b>Erklärung</b>	<p>Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Vertragsinhalte nebst Anlagen und stimme der Veröffentlichung meiner Praxiskontaktdata, auch im Internet, zu.</p> <p>Ich erkläre mich bereit, die Aufgaben und Inhalte des Vertrags zu erfüllen und umzusetzen.</p> <p>Ich beteilige mich an Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fortbildungen und verpflichte mich, die Versicherten über die Inhalte dieses Vertrages zu informieren.</p> <p>Im Rahmen der Abrechnung meiner Leistungen beauftrage ich die KVN, die von mir in der Webanwendung „Hausarztvertrag mit der SVLFG“ erfassten Daten zu berücksichtigen.</p>
<b>Hinweise</b>	<p>Sollten einzelne Teilnahmevoraussetzungen bei Vertragsbeginn noch nicht erfüllt werden, ist der Nachweis innerhalb des Folgequartals nach Antragstellung gegenüber der KVN zu erbringen.</p> <p>Soweit Sie bereits an einem vergleichbaren Hausarztvertrag teilnehmen, kann auf die Beifügung der erforderlichen Nachweise verzichtet werden.</p>

**Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden.  
Mit der Unterschrift wird erklärt, dass der Vertragsinhalt zur Kenntnis genommen wurde.**

---

Datum / Unterschrift/ Stempel

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