

Per Post:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 26-28
28209 Bremen

Per E-Mail:

genehmigung@kvhb.de

Wichtig:

Bitte beachten Sie, dass Ihre
Teilnahmeerklärung erst mit
schriftlicher Bestätigung der
KVHB Wirksamkeit erlangt.

Teilnahmeerklärung „IP-Wunde“ Arzt (Primärversorger)

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir transparent dargelegt worden.

Mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist und ich meine Teilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen kann,
- die Spezialisierte Wundpraxis (SWP) ein Behandler Netzwerk mit regional tätigen Primärversorgern (PV) sowie Kompetenzen aus weiteren Fachgebieten bildet und im Rahmen des Projekts IP-Wunde das Versorgungsmanagement übernimmt

Ich möchte als Primärversorger (PV) teilnehmen und bin

- ☐ Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Innere Medizin
- ☐ Facharzt mit einer Facharztweiterbildung im Gebiet Chirurgie
- ☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- ☐ Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- ☐ Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- ☐ Facharzt für Neurochirurgie
- ☐ Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

und übernehme insbesondere folgende Aufgaben

- Verpflichtung zur Erfüllung der Aufgaben dieses Vertrages,
- Verpflichtung zur Nutzung der IT-Plattform IVPnet zur Einschreibung des Patienten und Aufrufen der Wundfallakte und ggf. Dokumentationsaufgaben (s. § 3 und § 6 des Vertrages)
- Zusammenarbeit im Behandler Netzwerk der SWP und regional tätigen PV unter Ausschluss von Dienstleistern (z.B. Homecare Unternehmen)

Optional: Zusätzlich zu den o.g. Aufgaben übernehme ich als PV

- ☐ Teilaufgaben des Versorgungsmanagements (Versorgungsleistungen Wundmanager)

und erfülle folgende personelle Anforderungen an das nichtärztliche Personal

- ☐ ich beschäftige mindestens einen qualifizierten Wundmanager in der Praxis
 - Nachweis der Teilnahme an einem Kurs Assistenz Wundmanagement (mind. 40 Stunden gemäß Curriculum der Bundesärztekammer) oder vergleichbare Qualifikation zum Wundmanagement (**bitte beifügen**)
- ☐ Verpflichtung der Assistenz Wundmanagement zur Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation durch regelmäßige Fortbildung im Themenbereich Wundmanagement

Eine aktive Teilnahme ist mir/uns frühestens möglich ab: . . 20__ (bitte Datum eintragen)

Für alle Teilnehmer gilt:

- Ich verpflichte mich, bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und die für die Datensicherheit geltenden Vorschriften der EU-DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.
- Ich nehme zur Kenntnis und willige ein, dass meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und der §§ 140a, 284 SGB V verarbeitet werden (inkl. u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).
- Ich bin mit Weitergabe/Veröffentlichung meines Namens/meiner Praxisanschrift an die Vertragspartner sowie am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses sowie der Veröffentlichung im Internet einverstanden.
- Die Allgemeinen Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten habe ich zur Kenntnis genommen.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: KV Bremen, Schwachhauser Heerstr.26-28, 28209 Bremen

Vor- und Nachname

LANR

BSNR

Ort/Datum

Unterschrift des Antragsstellers
(bei angestellten Ärzten: Anstellender Arzt/ MVZ-Leitung)