

TEILNAHMEERKLÄRUNG NIEDERGELASSENE VERTRAGSÄRZTE (Fachärzte Orthopädie)

Name	
Praxisanschrift	
LANR	
BSNR	
Telefon	Fax
E-Mail	
Bank	
IBAN	BIC
Ich bin Mitglied des BVOU <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Mitgliedsnummer	

Hiermit nehme ich an der bereits bestehenden Vereinbarung Qualitätspartnerschaft für ein strukturiertes Versorgungsmodell (gemäß § 140a SGB V) zwischen der Deutschen Arzt AG sowie den übrigen Vertragspartnern teil.

Kontakt:

Deutsche Arzt AG
Im Teelbruch 118
45219 Essen
Tel.: 02054 93856 50
Fax: 069 710 451 204 95
E-Mail: lizenznehmer@daag.de

ECKPUNKTE DER VERTRAGLICHEN LEISTUNGSVERSPRECHEN

- Möglichkeit der Bewertungsüberprüfung durch regelmäßige Qualitätsbefragung der eingeschriebenen Patienten
- Terminvergabe an Patienten innerhalb von 7 Tagen
- Verpflichtende persönliche Dokumentation zu den angegebenen Zeitpunkten (siehe Behandlungspfad/Besonderheiten zum Vertrag)
- Abstimmung und Mitgestaltung der therapeutischen Inhalte bei Bedarf
- Dokumentation der Ergebnisse in der digitalen Patientenakte
- Nutzung der Plattform sprechstunde.online zur Durchführung etwaiger Zwischenuntersuchungen und Re-Assessments per Videosprechstunde
- Für die vertragsvorbereitenden und –begleitenden Managementleistungen wird eine Handlingfee in Höhe von 9,5% der erwirtschafteten Umsätze an die Deutsche Arzt AG erhoben und in Abzug gebracht

Alle vertraglichen Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und ich verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Ich habe zur Kenntnis genommen und verstanden, dass sich die Deutsche Arzt AG für den Fall, dass die oben genannten Eckpunkte nicht eingehalten oder auffallend negativ bewertet werden sollten und auch nach einem Beratungstermin/Informationsgespräch keine positive Entwicklung im Sinne des Rahmenvertrages mit der Krankenkasse erkennbar sein sollte, vorbehalten, mich aus der vertragsgegenständlichen Besonderen-Versorgung auszuschließen ; ich stimme dem ausdrücklich zu. Über für diese Entscheidung grundlegende Faktoren werde ich rechtzeitig durch die Deutsche Arzt AG informiert.

Der Unterzeichner ist mit der Weitergabe seiner Kontaktdaten und Aufnahme in ein Verzeichnis aller an der Versorgung teilnehmender Ärzte und Leistungserbringer an die teilnehmenden Ärzte, Leistungserbringer, den Kostenträgern sowie den teilnehmenden Versicherten einverstanden.

Darüber hinaus ist der Unterzeichner mit der Veröffentlichung seiner Kontaktdaten unter www.daag.de einverstanden.

Datum

Stempel/Unterschrift / Name des Arztes