

Anlage 1

Antrag auf Teilnahme

zum Vertrag zur **besonderen ärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit einer chronischen Hepatitis C Virusinfektion mit der BARMER GEK**

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6
44141 Dortmund



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

Faxnummer: 0231/9432-1569

LANR: _____ BSNR: _____

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag für

mich:

für meinen angestellten Arzt:

für folgende(n) Abschnitt(e)

Abschnitt A:

Nachweispflicht - folgender Nachweis ist beigelegt (sofern er der KVWL nicht vorliegt):

Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie (bng-Zertifikat oder Nachweis von 75 hepatologischen Patienten pro Quartal)

oder

Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach § 135 Absatz 2 SGB V

Bestätigung:

- Ich bestätige,
- die Betreuung von mehr als 15 HCV-Patienten innerhalb der letzten drei Jahre vor Vertragsteilnahme und
 - die selbständige Therapie der chronischen Hepatitis C bei mindestens 10 unterschiedlichen Patienten pro Jahr innerhalb der letzten drei Jahre vor Vertragsteilnahme und
 - die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen im Bereich Infektiologie/Hepatologie innerhalb der letzten drei Jahre vor Vertragsteilnahme (30 CME-Punkte) und
 - das Vorhandensein eines Gerätes zur Abdomensonographie (ggf. in Kooperation)
 - die Gewährleistung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen zur Hepatitis C-Genotypisierung und Hepatitis C-Viruslast-Bestimmung (ggf. in Kooperation)

 Abschnitt B - Teilnahme mit Begleitung durch einen Supervisor -

Folgender Nachweis ist beigefügt (sofern er der KVWL nicht vorliegt):

Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin

oder

Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach § 135 Absatz 2 SGB V

Bestätigung:

- Ich bestätige,
- die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen im Bereich Infektiologie/Hepatology innerhalb der letzten drei Jahre vor Vertragsteilnahme (30 CME-Punkte) und
 - das Vorhandensein eines Gerätes zur Abdomensonographie (ggf. in Kooperation)
 - die Gewährleistung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen zur Hepatitis C-Genotypisierung und Hepatitis C-Viruslast-Bestimmung (ggf. in Kooperation)

 Abschnitt C – zusätzlich zu Abschnitt A Teilnahme als Supervisor -

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

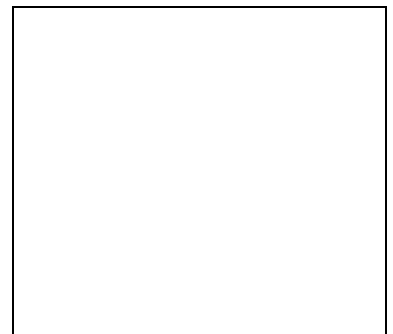
- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- einer Veröffentlichung meiner Teilnahme zum Zwecke der Patientenzuweisung und Supervision auf den Internetseiten der KVWL und der BARMER GEK zustimme.

Die Teilnahmeerklärung gilt auch für neu dieser Vereinbarung beitretende Krankenkassen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes



Vertragsarztstempel