

Anlage 3



Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

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

**Faxnummer: 0231/9432-1569
E-Mailadresse: versorgungssqualitaet@kvwl.de**



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

Der Antrag wird gestellt für:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen
angestellt
persönlich ermächtigt

ab:

Anstellung

bei:

Facharztanerkennung

als:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Mir ist bekannt, dass ich zum Programmteil umfangreiche tagesaktuelle Informationen auf den Internetseiten der KVWL erhalte.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Ich weiß, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von dem Patienten und mir unterschrieben sein muss, bevor ich die Erstdokumentation erstelle und - am besten zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung - an die Datenstelle weiterleite.

An der Vereinbarung zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Krankenkassen nehme ich teil als:

Koordinierender Facharzt (ambulanter Versorgungsektor)

gem. § 3 der Vereinbarung i.V.m Anlage 1

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Den Nachweis von brustkrebspezifischen Fortbildungsveranstaltungen zur Behandlung von Brustkrebs sowie zur Nachsorge und psychosozialen Betreuung mit insgesamt 12 Punkten und die regelmäßige - mindestens einmal jährliche - Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fortbildungsveranstaltungen habe ich beigefügt.

oder

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ich weise die o.g. Strukturvoraussetzungen innerhalb von 12 Monaten nach.

Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen und geforderten Voraussetzungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxis- Krankenhausanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.
- ich mit der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, an das BAS und an die teilnehmenden Versicherten einverstanden bin.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)