

Teilnahmeerklärung des Arztes
Vorab als Fax an **0391 – 72 76 42 85**

Das Original bitte senden an:

An die
mamedicon GmbH
- IV Wunde -
Halberstädter Straße 42
39112 Magdeburg

Teilnahmevoraussetzungen für teilnehmende Ärzte des Wundzentrum Hamburg e.V. im Vertrag zur integrierten Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden nach § 140 a SGB V zwischen der Knappschaft in Hamburg, dem Wundzentrum Hamburg e.V. und der mamedicon GmbH

An dem o.g. Vertrag können nur Ärzte teilnehmen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Mitgliedschaft im Wundzentrum Hamburg e.V.
- Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung
- Fachliche Eignung durch schriftlichen Nachweis der Facharztanerkennung gegenüber dem Wundzentrum Hamburg e.V.
- Verpflichtung zur Erfüllung des im Vertrag geregelten Versorgungsauftrages (Präambel, Anlage 2)
- Verpflichtung zur vertragsgerechten Dokumentation der erbrachten Leistung
- Internetanschluss in den Geschäftsräumen des Pflegedienstes
- Erfüllung der jeweiligen Regelung zur Qualitätssicherung ärztlicher Leistungserbringung insbesondere §§ 35 Abs. 2, 135 a und 136 a SGB V.
- Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an vertragsspezifischen Qualitätszirkeln des Wundzentrum Hamburg e.V. und der mamedicon GmbH
- Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung
- Regelmäßige Information der mamedicon GmbH über qualitätssichernde Maßnahmen gemäß § 12 Dokumentation und Qualitätssicherung des o.g. Vertrages (insbesondere vertragsspezifische Dokumentation auf der Internet-Plattform).

Vertragsausschuss

Das Wundzentrum Hamburg e.V. und die mamedicon GmbH bilden einen Vertragsausschuss zur Klärung von Fragen um die Teilnahme von Ärzten.

Beitrittsregelung

Die Teilnahmeerklärung bedarf der Schriftform. Die umseitige Teilnahmeerklärung ist an die mamedicon GmbH per Post und vorab als Fax zu senden. Die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen obliegt der mamedicon GmbH. Der Beitritt zum Vertrag und die entsprechende Berechtigung zur Leistungserbringung im Vertrag zur integrierten Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden erfolgt, wenn binnen einer Woche nach Eingang der Teilnahmeerklärung keine der Vertragsparteien dem Antrag widerspricht.

Austrittsregelung

Der Austritt von Vertragsärzten ist zum jeweiligen Quartalsende möglich und ist schriftlich mit einer Frist von drei Monaten vor Quartalsende anzuzeigen.

Ausschlussregelungen

Der Ausschluss aus dem Vertrag ist möglich, wenn der teilnehmende Vertragsarzt wiederholt und nach schriftlicher Androhung des Ausschlusses den Pflichten des Vertrages widerspricht. Über den Ausschluss beschließt der Vertragsausschuss aus Wundzentrum Hamburg e.V. und mamedicon GmbH.

Teilnahmeerklärung des Arztes

Hiermit möchte ich als Arzt dem Vertrag zur integrierten Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden nach § 140 a SGB V zwischen der Knappschaft, dem Wundzentrum Hamburg e.V. und der mamedicon GmbH beitreten.

Vereinbarung zwischen dem antragstellenden Arzt und der mamedicon GmbH gemäß § 140 SGB V

LANR BstNr.

Titel Nachname, Vorname

Facharzt für: _____

Facharztanerkennung am: _____

Mitgliedschaft im Wundzentrum Hamburg e.V.: JA NEIN

Praxissitz

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon Fax Email

Hiermit erkläre ich, dass ich die Vertragsinhalte zur Kenntnis genommen habe und verpflichte mich diese entsprechend umzusetzen.

Ich erfülle die ärztlichen Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag laut § 4 (3) des Vertrages. Die schriftlichen Nachweise liegen dem Wundzentrum Hamburg e.V. vor.

Ich akzeptiere die oben genannten vertraglichen Aufgaben für teilnehmende Ärzte im Vertrag zur integrierten Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden nach § 140 a SGB V zwischen der Knappschaft, dem Wundzentrum Hamburg e.V. und der mamedicon GmbH.

Ort, Datum **Stempel und Unterschrift des Arztes**

Die Vergütung für meine vertraglichen Leistungen bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber Kontonummer

BLZ/ IBAN Kreditinstitut

Vorab als Fax an **0391 – 72 76 42 85**