

Teilnahmeerklärung des Pflegedienstes

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 Pflegedienste 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 Pflegedienste teilnehmen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Der Pflegedienst ist als ambulanter Pflegedienst nach § 132a SGB V zugelassen.
- Der Pflegedienst beschäftigt mindestens eine/n examinierte/n Krankenpfleger/Innen oder Altenpfleger/Innen mit nachgewiesener Weiterbildung in der Wundversorgung. Als solche wird die erfolgreiche Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme einer nationalen oder internationalen Fachgesellschaft anerkannt. Der teilnehmende Pflegedienst ist verpflichtet diese Voraussetzungen für die Dauer der Vertragsteilnahme zu erfüllen und die qualifizierten Mitarbeiter/Innen mindestens einmal jährlich in der Wundversorgung fortzubilden.
- Internetanschluss in den Geschäftsräumen des Pflegedienstes.
- Im Fall einer notwendigen fachlichen Versorgung durch einen zweiten Pflegedienst treffen die Knappschaft und die Mamedicon eine Einzelfallentscheidung.
- Verpflichtung zur Erfüllung des im Vertrag geregelten Versorgungsauftrages (Präambel, Manual)
- Verpflichtung zur vertragsgerechten Dokumentation der erbrachten Leistung
- 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 zur 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 Pflegediensten.

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 Pflegediensten 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 Pflegedienst 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 Pflegedienstes

Hiermit möchten wir als Pflegedienst 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 Pflegedienst und der mamedicon GmbH gemäß § 140 SGB V

Name des Pflegedienstes

IK-Nummer

Inhaber: Nachname, Vorname

Mitgliedschaft im Wundzentrum Hamburg e.V.: JA NEIN

Geschäftssitz

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 Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag laut § 4 (5) des Vertrages. **Die schriftlichen Nachweise liegen in Kopie dem Teilnahmeantrag bei.**

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 Pflegedienstes

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

Kontoinhaber

Kontonummer

BLZ/ IBAN

Kreditinstitut

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