

Hauptabteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Barbara Hollon  
 Telefon: (0211) 5970-8224  
 Telefax: (0211) 5970-9997  
 E-Mail: diabetes@kvno.de

Ansprechpartner: Britta Wolf  
 Telefon: (0211) 5970-8527  
 Telefax: (0211) 5970-9997  
 E-Mail: diabetes@kvno.de

## DMP Diabetes mellitus Typ 1 als Hausarzt (Ausnahme)

**Der Antrag wird gestellt für:**

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen <b>oder</b> angestellt <b>oder</b> persönlich ermächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Kooperation mit DSP:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

**Kontakt Daten der Praxis:**

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

## Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich verfüge über die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin **und/oder** Innere Medizin

Ich kooperiere mit folgender/n diabetologischer/n Schwerpunktpraxis/en (DSPen)

(Name, Anschrift)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

## Apparative Ausstattung

Blutdruckmessung gemäß internationalen Empfehlungen

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung (Messung im venösen Plasma) und HbA1c-Messung

EKG

Sonographie

Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mind. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

## Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

an jährlichen zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen teilzunehmen oder mindestens zweimal jährlich regelmäßig diabetesspezifische Qualitätszirkeln .

meine Nachweise **jährlich** der KV Nordrhein **nach Aufforderung** einzureichen.

die schriftliche Information durch das DMP-Arztmanuals zu Beginn der Teilnahme zur Kenntnis genommen zu haben.

## Teilnahmeerklärung zu den Programmen Diabetes mellitus Typ 1

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 1 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationen habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund der Disease-Management-Programme, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Verarbeitung unterrichte.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdiensten und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

