

TEILNAHMEERKLÄRUNG FÜR NIEDERGELASSENE VERTRAGSÄRZTE (OAPI)

(Fachärzte für Orthopädie sowie Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Internisten)

DEUTSCHE ARZT
MANAGEMENT GMBH



Name		
Praxisanschrift		
LANR		
BSNR		
Telefon	Fax	
E-Mail		
Bank		
IBAN	BIC	
Ich bin Mitglied des BVOU	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Mitgliedsnummer

Hiermit nehme ich an der bereits bestehenden Vereinbarung Qualitätspartnerschaft für ein strukturiertes Versorgungsmodell (gemäß § 140a SGB V) zwischen der Deutschen Arzt Management GmbH sowie den übrigen Vertragspartnern teil.

Kontakt:

Deutsche Arzt Management GmbH
Im Teelbruch 118
45219 Essen
Tel. 02054 93856 0
Fax 02054 93856 59
E-Mail: lizenznehmer@daag.de

ECKPUNKTE DER VERTRAGLICHEN LEISTUNGSVERSPRECHEN

- Möglichkeit der Bewertungsüberprüfung durch regelmäßige Qualitätsbefragung der eingeschriebenen Patienten
- Terminvergabe an Patienten innerhalb von 7 Tagen
- Verpflichtende persönliche Dokumentation und Verordnung unter www.glad-app.de/login (siehe Behandlungspfad/Besonderheiten zum Vertrag)
- Für die vertragsvorbereitenden und –begleitenden Managementleistungen wird eine Handlingfee in Höhe von 9,5% der erwirtschafteten Umsätze an die Deutsche Arzt Management GmbH erhoben und in Abzug gebracht

Alle vertraglichen Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und ich verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Ich habe zur Kenntnis genommen und verstanden, dass sich die Deutsche Arzt Management GmbH für den Fall, dass die oben genannten Eckpunkte nicht eingehalten oder auffallend negativ bewertet werden sollten und auch nach einem Beratungstermin/Informationsgespräch keine positive Entwicklung im Sinne des Rahmenvertrages mit der Krankenkasse erkennbar sein sollte, vorbehalten, mich aus der vertragsgegenständlichen Besonderen-Versorgung auszuschließen ; ich stimme dem ausdrücklich zu.

Über für diese Entscheidung grundlegende Faktoren werde ich rechtzeitig durch die Deutsche Arzt Management GmbH informiert.

Der Unterzeichner ist mit der Weitergabe seiner Kontaktdaten und Aufnahme in ein Verzeichnis aller an der Versorgung teilnehmender Ärzte und Leistungserbringer an die teilnehmenden Ärzte, Leistungserbringer, den Kostenträgern sowie den teilnehmenden Versicherten einverstanden.

Darüber hinaus ist der Unterzeichner mit der Veröffentlichung seiner Kontaktdaten unter www.damg.de und www.glad-deutschland.de einverstanden.

Datum

Stempel/Unterschrift/Name des Arztes