

# TEILNAHMEERKLÄRUNG FACHARZT DER ORTHOPÄDIE



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](http://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](http://www.damg.de) und [www.glad-deutschland.de](http://www.glad-deutschland.de) einverstanden.**

Datum

Stempel/Unterschrift/Name des Arztes