

Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer

Vertrag zur ambulanten zahnärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V

Erkrankungen des Zahnhalteapparates führen zu Zahnverlust und damit zu hohen Nachfolgekosten im Bereich von Zahnersatz aber auch - bei unversorgten Zahnlücken- zu Problemen der Gelenke mit entsprechenden Folgeerkrankungen im Bereich des Kopfes und der oberen Bewegungsmuskulatur. Vielschichtige Zusammenhänge zwischen medizinischen und zahnmedizinischen Erkrankungen erfordern ein Umdenken.

Durch den Vertrag soll erreicht werden, dass die zahnärztliche Versorgung für Versicherte durch Zusammenarbeit mit engagierten und besonders qualifizierten Zahnärzten hinsichtlich Qualität, Serviceleistungen und Koordinierung verbessert wird. Neben der üblichen und standardisierten ambulanten zahnärztlichen Versorgung werden Leistungen zur Prävention, Zahnpflege und Zahnerhaltung angeboten.

Ich erkläre hiermit verbindlich die Teilnahme an dieser besonderen Versorgungsform.

Über die nach dem o.g. Vertrag vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregelung, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele bin ich umfassend informiert.

Vor der Weitergabe von Patientendaten sind die Patienten ausreichend über die Vertragsinhalte sowie den vertraglichen Zweck der beabsichtigten Datenerhebung und –verarbeitung zu unterrichten und zuvor die schriftliche Zustimmung zur Weitergabe vom Patienten einzuholen. Ferner verpflichte ich mich zur Einhaltung der gültigen Regelungen, insbesondere bezüglich der medizinischen Inhalte der Qualitätssicherung des Vertrages.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit bzw. mit dem Entzug der gesetzlichen Zulassung nach dem SGB V endet.
- insbesondere die Regeln des § 5 des Vertrages beachtet und eingehalten werden müssen. Bei Vertragsverletzung findet ein abgestuftes Maßnahmenverfahren bis zum Ausschluss der Teilnahme statt.

Titel, Vorname, Nachname	ZA-Nr.
Anschrift: PLZ, Ort, Straße	
Name der Praxis/Einrichtung/Anschrift (soweit abweichend)	Telefon

Ort, Datum

Unterschrift