


### Anlage 3

	<p style="text-align: center;"><b>Antrag</b></p> <p style="text-align: center;">auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Osteoporose (DMP) nach § 137f SGB V</p>
---	---

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

**Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund**

**Faxnummer: 0231/9432-1569  
E-Mailadresse: versorgungsqualitaet@kvwl.de**



**Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder vollständig und leserlich ausgefüllt werden.**

**Der Antrag wird gestellt für:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zugelassen   
angestellt   
persönlich ermächtigt

ab:

Anstellung

bei:

Facharztanerkennung

als:

**Aktuelle Kontaktdaten:**

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) für Versicherte mit Osteoporose informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Mir ist bekannt, dass ich zu den Programmteilen umfangreiche tagesaktuelle Informationen auf den Internetseiten der KVWL erhalte.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 12, die von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Ich weiß, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von dem Patienten und mir unterschrieben sein muss, bevor ich die Erstdokumentation erstelle und - am besten zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung - an die Datenstelle weiterleite.

An der Vereinbarung zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms Osteoporose zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Krankenkassen nehme ich teil als:

**Koordinierender Arzt (1. Versorgungsebene)**

(gem. § 73 Abs. 1a SGB V i. V. m. Anlage 1 dieser Vereinbarung)

Hausärztlicher Versorgungssektor

**Fachärztlich qualifizierter Arzt (2. Versorgungsebene)**

(gem. § 5 der Vereinbarung i. V. m. Anlage 2 der Vereinbarung)

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Orthopädie

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Orthopädie mit der Option, in den vorgesehenen Ausnahmefällen als koordinierender Vertragsarzt tätig zu werden (§ 5 Abs. 3/ § 5 Abs. 4)

**Patientenschulungen**

Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 7 durchführen.

Die Schulungsqualifikationen für mich bzw. meine angestellte Ärztin / meinen angestellten Arzt und mein Personal sind beigefügt.

**Verpflichtungserklärung**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen und geforderten Voraussetzungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.
- ich mit der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, an das BAS und an die teilnehmenden Versicherten einverstanden bin.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!  
(ggf. Vertragsarztstempel)