

TEILNAHMEERKLÄRUNG FÜR NIEDERGELASSENE VERTRAGSÄRZTE (OPRAPI)

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

Name	
Praxisanschrift	
LANR	
BSNR	
Telefon	Fax
E-Mail	
Bank	
IBAN	BIC

Ich bin durch folgende Personen, Einrichtungen oder Organisationen auf das Programm aufmerksam geworden:

--

Ich bin Mitglied des BVOU nein 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)
- Verpflichtung zur Einhaltung der einschlägigen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften
- 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

Fragebogen zur IVMportal Nutzung

Als Abrechnungsportal der Selektivverträge mit der DAMG



Die Zugangsdaten für das IVMportal werden anschließend nach der Datenüberlieferung und vollständigen Vorliegen der Qualifikationsnachweise je teilnehmenden Leistungserbringer per E-Mail verschickt.

I. Angaben zum Vertragspartner

Vertragspartner (Praxisinhaber):

Titel, Vorname, Name / Gesellschaft

Ggf. weitere Vertragspartner:

Titel, Vorname, Name / Gesellschaft

II. Abrechnungsdaten

Rechnungsanschrift (soweit die Anschrift nicht Ihrem Praxisstandort entspricht oder bei mehreren Standorten)

Kontoinhaber (Empfänger)

IBAN

IK-Nummer

oder

BSNR

LANR (falls vorhanden)

III. IVMportal Zugang

Tragen Sie bitte hier alle Personen ein, die einen Zugang zum IVMportal erhalten sollen. Diese Benutzer können im IVMportal, je nach Berechtigung und Vertragszugehörigkeit, Anträge auf Therapien stellen, Abrechnung mit Leistungsdokumentation erstellen, Vergütungssätze ansehen, Gutschriften abrufen,

Fragebogen zur IVMportal Nutzung

Als Abrechnungsportal der Selektivverträge mit der DAMG



Praxis-Stammdaten ändern. Bitte melden Sie ebenfalls angestellte Leistungserbringer an, welche das Portal nicht nutzen und keinen Zugang erhalten werden. Diese Leistungserbringer werden trotzdem im Portal angelegt und sind für die Krankenkasse sichtbar. Ein Leistungserbringer wird im IVMportal nur angelegt, wenn der DAMG die Qualifikationsnachweise vollständig vorliegen.

Falls Sie weitere Mitarbeiter-Felder benötigen, geben Sie diese bitte mit den folgenden Informationen an.

1. Person der Praxis

Titel, Vorname, Nachname

Position (z.B. Praxisinhaber/Leistungserbringer, angestellte
Leistungserbringer, Praxismanagement)

Übernimmt Aufgaben am Standort (en): _____

Zugang erforderlich

Kein Zugang erforderlich

E-Mail-Adresse

2. Person der Praxis

Titel, Vorname, Nachname

Position (z.B. Praxisinhaber/Leistungserbringer, angestellte
Leistungserbringer, Praxismanagement)

Übernimmt Aufgaben am Standort (en): _____

Zugang erforderlich

Kein Zugang erforderlich

E-Mail-Adresse

3. Person der Praxis

Titel, Vorname, Nachname

Position (z.B. Praxisinhaber/Leistungserbringer, angestellte
Leistungserbringer, Praxismanagement)

Übernimmt Aufgaben am Standort (en): _____

Zugang erforderlich

Kein Zugang erforderlich

E-Mail-Adresse