

## Anlage 1

### zur Vereinbarung agnes<sup>zwei</sup> zwischen der KVBB und der AOK

#### Antrag auf Teilnahme des Vertragsarztes

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam



Vertragsarztstempel

#### 1. Ich möchte gemäß § 3 Abs. 2 des Vertrages teilnehmen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel, LANR

\_\_\_\_\_  
BSNR (auch mehrere)

Die agnes<sup>zwei</sup> Fachkraft \_\_\_\_\_ wird im Rahmen des Vertrages  
(Name, Vorname)

ausschließlich für meine Praxis  
oder

auch für die im Folgenden genannten mit mir kooperierenden Ärzte tätig.

Die Kooperationsvereinbarung aller einbezogenen Ärzte über die Beschäftigung der  
agnes<sup>zwei</sup> Fachkraft ist dem Antrag beizufügen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel, LANR

\_\_\_\_\_  
BSNR (auch mehrere)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel, LANR

\_\_\_\_\_  
BSNR (auch mehrere)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel, LANR

\_\_\_\_\_  
BSNR (auch mehrere)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel, LANR

\_\_\_\_\_  
BSNR (auch mehrere)

#### 2. Für hausärztlich tätige Vertragsärzte:

Ich nehme an dem Vertrag über die Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung  
nach § 73b SGB V zwischen der AOK und der KVBB (AOK HZV-Vertrag) teil

#### 3. Nachweis der Qualifikation agnes<sup>zwei</sup> Fachkraft:

Bitte ankreuzen und Zertifikate in Kopie beifügen

IGiB-Zertifikate Modul A und Modul B (Erwerb bis 31.12.2016)

oder

Zertifikat „Fallbegleitung“ des Fortbildungscurriculums „Case Management in der ambulanten  
medizinischen Versorgung“ der Bundesärztekammer und Teilnahme an der  
Einführungsveranstaltung agnes<sup>zwei</sup> der IGiB sowie entsprechendes IGiB-Zertifikat (Zertifikate  
können nachgereicht werden)

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 und des Leistungsumfangs nach § 4, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an der Vereinbarung agnes<sup>zwei</sup>.  
Mir ist bekannt, dass eine Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt.

Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen der Vereinbarung agnes<sup>zwei</sup> zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Vertrag zu erfüllen. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KVBB anzeigen.

Ich gewährleiste, dass die in meiner Praxis angestellte agnes<sup>zwei</sup> Fachkraft die laufenden Fortbildungen wahrnehmen wird. Ein angemessener Arbeitsplatz und die erforderlichen Arbeitsmaterialien stehen zur Verfügung.

Ich willige ein, dass

- die vorstehend genannten Daten, der Beginn und das Ende der Teilnahme an diesem Vertrag der AOK mitgeteilt werden.
- die im Rahmen des Vertrages gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVBB erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Vereinbarung agnes<sup>zwei</sup> freiwillig ist und jederzeit mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift des ärztlichen Leiters