Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Verträge, SG 1.3
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Fax: 0711 7875-483707 | E-Mail: prima@kvbawue.de

Anlage 1:
Teilnahmeformular Hausarztpraxis

zur Teilnahme am Innovationsfondsprojekt PRIMA (Transformation von Hausarztpraxen zu multiprofessionellen Primärversorgungszentren mit Pflegefachpersonen)

Antragsteller: (Praxisinhaber, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

Titel | Vorname | Nachname | LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung | BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

E-Mail | Telefon

Praxisanschrift:

Straße, Nr. | PLZ | Ort

Landkreis

Die jeweils gültige Teilnahme- und Förderbedingungen finden Sie unter: www.kvbawue.de/prima

Teilnahmevoraussetzungen

Hiermit bestätige ich, dass ich folgende Teilnahmevoraussetzungen erfülle:

☐ 1. Hausarztpraxis, die nach § 73 Abs. 1a Nr. 1, 3, 4 oder 5 oder an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt.

☐ 2. Ich habe eine Pflegefachperson mit den Qualifikationen gemäß Nr. 4 der Teilnahme- und Förderbedingungen in meiner Praxis angestellt (Beschäftigungsumfang 70-100%).

☐ 3. Ich habe die Möglichkeit, i.d.R. 112 chronisch erkrankte, bei einer gesetzlichen Krankenkasse versicherte Patienten über 18 Jahre, welche längerfristig in meiner Praxis in Behandlung sind (i. d. R. mindestens vier Quartale vor Einschluss), in das Projekt einzuschließen. Insbesondere Patienten, die sich in einer instabilen chronischen Erkrankungsphase befinden oder bei denen ein hohes Risiko zur Dekompensation besteht.

☐ 4. Ich nehme an keinem ähnlichen Projekt und keiner ähnlichen Studie teil.

☐ 5. Ich bin bereit, die PRIMA-Intervention gemäß den Teilnahme- und Förderbedingungen in meiner Praxis umzusetzen und an den Online-Netzwerktreffen sowie Befragungen im Rahmen der Evaluation teilzunehmen.

☐ 6. Die Pflegefachperson ist bereit, an den Schulungen, Workshops sowie weiteren projektbezogenen Veranstaltungen und Befragungen im Rahmen der Evaluation teilzunehmen.

Erklärung

Ich bewerbe mich hiermit für eine Teilnahme als Hausarztpraxis am Innovationsfondsprojekt PRIMA.

Ich versichere, dass die in diesem Formular gemachten Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Teilnahme- und Förderbedingungen zu beachten. Das Nichterfüllen der Teilnahmevoraussetzungen kann zum Ausschluss aus dem Projekt PRIMA führen.

Im Falle einer Teilnahme bin ich mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten in der Arztsuche der KVBW und auf der Projektinternetseite von PRIMA sowie mit der Übermittlung meiner Daten an die Projektpartner von PRIMA einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller