

**Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V der
AOK Baden-Württemberg, HÄVG, Medi-Verbund**

TEILNAHMEERKLÄRUNG ZUR MITARBEIT IN EINEM QUALITÄTSZIRKEL

Name, Vorname, Titel:

Fachrichtung: Allgemeinmedizin Andere

Praxisanschrift:

Tel.: Fax: E-Mail:

Betriebsstättennummer:

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

--	--

Lebenslange Arztnummer:

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

--	--

Ja, ich habe den HZV-Vertrag unterzeichnet.

Ich bin zur Zeit tätig in einer:

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis mit Partnern Praxisgemeinschaft als Assistent/in

Bei Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis: Von Ihnen wurden alle nicht an der HZV teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen Ihrer Gemeinschaftspraxis über die praxisindividuellen Auswertungen informiert. Eine zusätzliche Einverständniserklärung dieser Ärzte ist somit nicht erforderlich.

<p><input type="radio"/> Ja, ich bin bereits Mitglied eines Qualitätszirkels, in dem Hausärzte zusammenarbeiten.</p> <p>Name des Moderators:</p> <p>Name des Qualitätszirkels / Ort: (bitte nur 1 Angabe!)</p> <p><input type="radio"/> Nein, ich bin <u>nicht</u> Mitglied eines hausärztlichen Qualitätszirkels. Bitte organisieren Sie für mich die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in Ortsnähe. Für die Qualitätszirkelteilnahme bevorzuge ich folgenden Ort bzw. Region (bitte angeben):</p>
--

- Ich bin damit einverstanden, dass die Verordnungs- / Diagnosedaten meiner Praxis erhoben und in Patienten-pseudonymisierter Form für die Qualitätszirkelarbeit und zur Erstellung der Verordnungsanalysen vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut, Göttingen) aufbereitet werden*.
- Die Nutzung der Daten erfolgt im AQUA-Institut ausschließlich für die Analyse meiner indikationsbezogenen Verordnungsweise für die Dauer des Projektes.
- Falls ich den HZV-Vertrag kündige, erlischt die Datenfreigabe.
- Meine praxisindividuellen Auswertungen erhalte ausschließlich ich persönlich. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Auswertungen meiner Verordnungsdaten per Post (Brief) oder Paketdienst (Paket) an mich persönlich an meine Praxisadresse versandt werden.

* Mit Ihrem Beitritt zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg haben Sie sich zur Analyse Ihrer praxisindividuellen Verordnungsdaten bereit erklärt.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift