

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.*

Ja, ich bin bereits Mitglied eines Qualitätszirkels, in dem Hausärzte zusammenarbeiten.

Name des Moderators: .....

Name des Qualitätszirkels / Ort: ..... (bitte nur 1 Angabe!)

Nein, ich bin nicht 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):  
.....

- 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