

Teilnahmeerklärung Pflegeheimträger

Hiermit erklärt der unterzeichnende Pflegeheimträger seine Teilnahme an dem Vertrag Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP) vom 12.01.2011 gegenüber der AOK Baden-Württemberg und den Vertragspartnern für die nachstehend aufgeführten Pflegeheim-einrichtungen (Anlage).

1. Der Pflegeheimträger ist umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur IV Pflegeheim informiert.
2. Dem Pflegeheimträger ist insbesondere bekannt,
 - dass die Teilnahme freiwillig ist
 - dass die Teilnahme mit dem Tag des Zugangs der Teilnahmeerklärung bei der AOK Baden-Württemberg und mit der Bestätigung der AOK Baden-Württemberg beginnt
 - dass die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von einem Quartal zum Ende eines Kalenderjahres gegenüber der AOK Baden-Württemberg erklärt werden kann
 - dass der Pflegeheimträger bei Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o.g. Vertrag ausgeschlossen werden kann
 - welche Teilnahmevoraussetzungen vorliegen müssen
 - welche vertraglichen Pflichten laut o. g. Vertrag zu erfüllen sind.
3. Der Pflegeheimträger erklärt, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme und zur Umsetzung der vorgenannten Aufgaben gemäß des o. g. Vertrages in den Pflegeheim-einrichtungen erfüllt werden und die AOK Baden-Württemberg unverzüglich darüber informiert wird, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden.
4. Der Pflegeheimträger erklärt über die Punkte 1, 2 und 3 hinaus,
 - dass vertraglich vorgesehene Pflichten und Aufgaben, insbesondere zur Fortbildung und Qualitätssicherung erfüllt werden.
5. Der Pflegeheimträger verpflichtet sich,
 - bei den unterschiedlichen Tätigkeiten die für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten und
 - bei der Erhebung von Patientendaten bei Dritten (§ 73 Abs. 1 b SGB V) bzw. bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die schriftliche Einwilligung des Patienten bzw. des Betreuers einzuholen, den Patienten ausreichend über Form, Zweck und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zu unterrichten.
6. Der Pflegeheimträger ist mit der Veröffentlichung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen im Teilnehmerverzeichnis einverstanden und erklärt sich mit der Weitergabe des Teilnehmerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner und Patienten bzw. Pflegeheimbewohner einverstanden.

Der Pflegeheimträger verpflichtet sich zur Einhaltung aller Regelungen des o.g. Vertrages in seinen Pflegeeinrichtungen, auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Pflegeheimträger

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name des Pflegeheimträgers
handelnd für folgende Pflege-
einrichtungen

.....

Institutskennzeichen

.....

Anzahl der Pflegeplätze

.....

Ansprechpartner

.....

Anschrift Verwaltung

.....

PLZ

.....

Ort

.....

Telefon

.....

Fax

.....

E-Mail

.....

Name des Pflegeheimträgers
handelnd für folgende Pflege-
einrichtungen

.....

Institutskennzeichen

.....

Anzahl der Pflegeplätze

.....

Ansprechpartner

.....

Anschrift Verwaltung

.....

PLZ

.....

Ort

.....

Telefon

.....

Fax

.....

E-Mail

.....

Name des Pflegeheimträgers
handelnd für folgende Pflege-
einrichtungen

.....

Institutskennzeichen

.....

Anzahl der Pflegeplätze

.....

Ansprechpartner

.....

Anschrift Verwaltung

.....

PLZ

.....

Ort

.....

Telefon

.....

Fax

.....

E-Mail

.....

Name des Pflegeheimträgers
handelnd für folgende Pflege-
einrichtungen

Institutskennzeichen

Anzahl der Pflegeplätze

Ansprechpartner

Anschrift Verwaltung

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Name des Pflegeheimträgers
handelnd für folgende Pflege-
einrichtungen

Institutskennzeichen

Anzahl der Pflegeplätze

Ansprechpartner

Anschrift Verwaltung

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Name des Pflegeheimträgers
handelnd für folgende Pflege-
einrichtungen

Institutskennzeichen

Anzahl der Pflegeplätze

Ansprechpartner

Anschrift Verwaltung

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Name des Pflegeheimträgers
handelnd für folgende Pflege-
einrichtungen

Institutskennzeichen

Anzahl der Pflegeplätze

Ansprechpartner

Anschrift Verwaltung

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Name des Pflegeheimträgers
handelnd für folgende Pflege-
einrichtungen

Institutskennzeichen

Anzahl der Pflegeplätze

Ansprechpartner

Anschrift Verwaltung

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Name des Pflegeheimträgers
handelnd für folgende Pflege-
einrichtungen

Institutskennzeichen

Anzahl der Pflegeplätze

Ansprechpartner

Anschrift Verwaltung

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail