

**Anlage 2: Einwilligung akutversorgender Arzt  
zum Vertrag gemäß § 64 SGB V  
über die Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales  
telemedizinisches Kooperationsnetzwerk rund um die Uhr „Optimal@NRW“**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970-33235

E-Mail: Optimal-NRW@kvno.de

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. der Praxis, in welcher der Arzt tätig ist (BSNR)
		Betriebsstätten-Nr. der Praxis, für die die Leistung abgerechnet wird (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt:		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

**Hiermit willige ich in die Vorgaben/Bedingungen des o. g. Vertrag gem. § 2b als „akutversorgender Arzt“ ein.**

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages. Der Vertrag incl. Anlagen liegt in der Notdienstpraxis zur Einsicht vor und ist auch auf [www.kvno.de](http://www.kvno.de) veröffentlicht. Den vorgegebenen Behandlungspfad (Anlage 4) habe ich zur Kenntnis genommen.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der KV Nordrhein abgerechnet wird.
3. Die Technik, die für die Durchführung der vitalparameter-basierenden Videosprechstunde und für die Verwendung der zentralen Patientenakte benötigt wird, steht in der Notdienstpraxis zur Verfügung. Die App für die Nutzung im Fahrdienst steht in den Android/IOS App-Stores zur Verfügung. Die Kurzanleitungen wurden mir ausgehändigt und wurden von mir zur Kenntnis genommen. Die Zugangsdaten wurden mir übergeben.

4. Ich verpflichte mich zur Dokumentation der Behandlung innerhalb der zentralen Fallakte des Patienten. Das Pflegeheim und der grundversorgende Arzt (i.d.R. der Hausarzt) haben auch Zugriff auf die Akte und benötigen die Dokumentation zur Weiterbehandlung.
5. Eine Weiterleitung des Patienten an die Rettungsleitstelle oder das Telemedizinzentrum des UK Aachen ist jederzeit möglich. Der Besuch einer im Rahmen des Projektes tätigen nichtärztlichen Praxisassistentin beim Patienten zur Übernahme delegationsfähiger Leistungen im Sinne des Projektes ist jederzeit möglich.
6. Ich bestätige, dass ich die Anforderungen an diesem Vertrag erfülle.
7. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an den Konsortialführer und -partner einverstanden.
8. Aufnahme in den Optimal-Newsletter:  
 Ich möchte in Bezug auf den Fortschritt des Projektes immer auf dem Laufenden bleiben und stimme hiermit der Aufnahme meiner E-Mail-Adresse in den Newsletter-Verteiler zu.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift