

BEITRITTSERKLÄRUNG
zum „Diabetes Mellitus Programm“

§ 1
Rechte und Pflichten

- (1) Mit dieser Beitrittserklärung übernimmt

Frau/Herr Dr. med.

in

.....

Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin ☐

Additivfach ☐

Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen

Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin ☐

sämtliche arztbezogenen Rechte und Pflichten gemäß der Vereinbarung zu „Therapie Aktiv – Diabetes mellitus Typ 2“ (kurz DMP-Vereinbarung vom Mai 2009), abgeschlossen zwischen der Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg (im folgenden kurz Kurie genannt), und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (im folgenden kurz Kasse genannt) im eigenen Namen sowie im Namen der in Anlage 6 angeführten Krankenversicherungsträger.

§ 2
Beendigung

- (1) Die Rechte und Pflichten aus dieser Beitrittserklärung erlöschen,
- a. mit Außerkrafttreten der zwischen der Kurie und der Kasse abgeschlossenen DMP-Vereinbarung;
 - b. mit dem Ende des kurativen Einzelvertrages der DMP-Ärztin/des DMP-Arztes

- c. bei Ärzten ohne kurativen Einzelvertrag, wenn Umstände und Gründe eintreten, die bei einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt zur Beendigung seines kurativen Einzelvertrages mit einem Versicherungsträgers geführt hätten (Tod, Schließung der Ordination, Kündigung);
- d. durch schriftliche Auflösungserklärung der DMP-Ärztin/des DMP-Arztes, diese ist unter Einhaltung einer Frist von 1 Monat zum Ende eines Kalenderquartals möglich;
- e. durch begründete, schriftliche Auflösungserklärung eines an der DMP-Vereinbarung teilnehmenden Versicherungsträgers mit Wirksamkeit für diesen Versicherungsträger; diese ist unter Einhaltung einer Frist von 1 Monat zum Ende eines Kalenderquartals unter der Voraussetzung möglich, dass die DMP-Ärztin/der DMP-Arzt aus der DMP-Vereinbarung für sie/ihn ergebende Pflichten nach vorheriger schriftlicher Verwarnung wiederholt nicht erfüllt.

§ 3 Wirksamkeit

Alle sich aus der DMP-Vereinbarung, sowie aus dieser Beitrittserklärung ergebenden Rechte und Pflichten entstehen im Zeitpunkt der Unterfertigung dieser Beitrittserklärung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes