

Projekt TeLAV

Telemedizinische Lungenfunktions-APP & Vernetzung

Teilnahmeerklärung (Hausärztin/Hausarzt)

Name: _____

1. Ich erkläre meine Bereitschaft, am Projekt TeLAV teilzunehmen.
2. Von mir erbrachte Leistungen (Ansprache und Einschreibung des Patienten, Geräteeinweisung, gemeinsames Einrichten der Home Appⁱ, 2-mal pro Woche monitoren des Patienten, Teilnahme an der Abschlussbefragung), die Gegenstand des Projekts sind, werde ich ausschließlich gegenüber der Medizinischen Qualitätsgemeinschaft Rendsburg eG (Nachfolgend MQR genannt), Lilienstrasse 20, 24768 Rendsburg abrechnen.
3. Für Leistungen, die Gegenstand des Projekts sind, werde ich keine weiteren Abrechnungen gegenüber Dritten, z. B. gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein oder gegenüber den Patientinnen und Patienten, vornehmen.
4. Ich stimme der Verarbeitung und Nutzung der von mir übermittelten Daten durch die MQR eG in dem für die Projektabrechnung und Projektauswertung erforderlichen Umfang zu. Die Daten werden von der MQR eG und der InterMedCon GmbH unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen verarbeitet und genutzt.
5. Die Teilnahme kann durch schriftliche Erklärung gegenüber der Medizinischen Qualitätsgemeinschaft Rendsburg eG, Lilienstrasse 20, 24768 Rendsburg mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden.

Ansprechpartner für das Projekt: _____

E-Mail-Adresse: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

ⁱ Begleitet durch die Projektassistentin Frau Clausen