# Sportärzteverband Hessen e.V. Geschäftsstelle

Klinik Rotes Kreuz Königswarterstraße 16 60316 Frankfurt am Main

Teilnahmeerklärung

# TK-Vertrag

zur Vereinbarung über sportmedizinische Untersuchungen durch Vertragsärzte nach § 27e der Satzung der Techniker Krankenkasse Hamburg und dem Sportärzteverband Hessen e.V.

TITEL, NAME: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

VORNAME: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

FACHARZTBEZEICHNUNG: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

ZUSATZBEZEICHNUNG SPORTMEDIZIN: [ ]  Ja [ ]  Nein

Erteilt am: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

durch die Landesärztekammer: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ich bin MITGLIED im Sportärzteverband Hessen e.V. *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

[ ]  ja

[ ]  nein ***(Beitrittserklärung erforderlich)***

Ich bin tätig als

[ ]  Niedergelassener Arzt

[ ]  Ermächtigter Arzt

[ ]  Arzt in einer ermächtigten Einrichtung

Adresse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Fax: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Homepage: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*(Diese Angaben werden auf unserer Homepage veröffentlicht und mit der TK verlinkt)*

**BEARBEITUNGSGEBÜHR: 50,00 Euro**

*(Mit Eingang der Bearbeitungsgebühr werden Ihre Daten an die Techniker Krankenkasse weitergeleitet)*

## MODULTEILNAHME:

Ich werde folgende Module gemäß Anlage A dieser Vereinbarung erbringen:

*(Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachantworten sind möglich)*

[ ]  Modul 1

[ ]  Modul 2

[ ]  Modul 3

[ ]  Modul 4

[ ]  Modul 5

[ ]  Modul 6

## VERTRAGSGEGENSTAND

Diese Vereinbarung regelt eine Versorgung auf Grundlage des § 11 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit der Satzung der Techniker Krankenkasse. Gegenstand ist die Durchführung von sportmedizinischen Untersuchungen und Beratungen. Sie dienen der Erkennung latenter oder bereits vorhandener Krankheiten, die eine Gefährdung darstellen können. Vor allem bei Neu- und Wiedereinsteigern sowie älteren Personen besteht ein erhöhtes Risiko im Bereich Herz, Kreislauf und Bewegungsapparat. Hierauf sind die Inhalte einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung abzustellen.

## LEISTUNGSINANSPRUCHNAHME DER VERSICHERTEN

1. Anspruch auf Leistungen nach dieser Vereinbarung haben alle Versicherten der TK, insbesondere, wenn diese geeignet und notwendig sind, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Eine besondere Teilnahmeerklärung ist nicht erforderlich. Leistungen, die dem Versicherten gemäß SGB V vertraglich geschuldet sind, dürfen nicht im Rahmen dieser Vereinbarung erbracht werden.
2. Die Leistungserbringer beraten die Versicherten über Inhalte und Ablauf der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung.
3. Anspruch auf eine Wiederholungsuntersuchung besteht frühestens nach Ablauf von zwei Jahren (Ausnahme siehe Modul A, 2. Seite).

## LEISTUNGSERBRINGER

1. Ich erkläre, dass ich Leistungserbringer/in gem. § 95 Absatz 1 SGB V (zugelassene/r Arzt/Ärztin bzw. zugelassene Einrichtung sowie ermächtigte/r Arzt/Ärztin bzw. in einer ermächtigten Einrichtung zur vertragsärztlichen Versorgung) tätig bin.
2. Ich habe die Zusatzbezeichnung Sportmedizin erworben (siehe oben).
3. Ich bin Mitglied im Sportärzteverband Hessen e.V. oder einem anderen Landesverband der DGSP (siehe oben).
4. Ich bin bereit, in meinen Praxisräumen auf das Angebot der Vereinbarung aufmerksam zu machen.

## QUALITÄT DER UNTERSUCHUNGEN / LEISTUNGSERBRINGUNG

1. Ein internes Qualitätsmanagement im Sinne von § 135a SGB V ist für die beteiligten Leistungserbringer verpflichtend.
2. Ich erkläre verbindlich, die Untersuchungen und Beratungen (siehe Anlage A) nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts durchzuführen. Ich verpflichte mich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen und ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Sportlerinnen und Sportler.
3. Die Untersuchungen werden nach den Leitlinien für sportmedizinische Untersuchungen der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) durchgeführt.
4. Für die Erbringung der jeweils in den Modulen festgelegten Leistungen sind die räumlichen, personellen und medizinisch-technischen Voraussetzungen erfüllt (eine Kooperation mit weiteren Ärzten zur Durchführung von Modul-Teilleistungen ist möglich).

## ABGRENZUNG DER SPORTMEDIZINISCHEN VORSORGEUNTERSUCHUNG

Ergibt sich aus der sportmedizinischen Untersuchung das Vorliegen oder der Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Leistungserbringer dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der vertragsärztlichen Krankenbehandlung einer weitergehenden gezielten Diagnostik und Therapie zugeführt wird.

## RECHTSBELEHRUNG

1. Die erbrachten Leistungen werden gegenüber dem anspruchsberechtigten Versicherten auf der Grundlage der vereinbarten Inhalte und Vergütungen (Anlage A) abgerechnet.
2. Etwaige Mehrleistungen, die über die Anlage A genannten Inhalte hinausgehen, sind nur auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten zulässig. Über daraus resultierende Eigenbeteiligungen sind die Versicherten im Vorfeld aufzuklären. Diese Kosten werden durch die TK nicht bezuschusst, sondern finden eine Grundlage allein im Verhältnis des Leistungserbringers zum Patienten.

## KÜNDIGUNG

Eine Kündigung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet ebenso mit einem Austritt oder Beendigung der Mitgliedschaft im Sportärzteverband Hessen e.V.

## DATENSCHUTZ

Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine Adresse und Leistungserbringung gemäß genannter Module auf der Homepage des Sportärzteverbandes Hessen e.V. veröffentlicht werden darf und zum Zwecke der Abrechnung der TK weitergeleitet wird.

Darüber hinaus dürfen Fragebögen zur Evaluierung der Umsetzung per Mail an mich verschickt werden, die ich zeitgerecht beantworten werde.

**Durch meine Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und ausdrücklich, dass ich gemäß der Vereinbarung über sportmedizinische Untersuchungen durch Vertragsärzte nach § 27e der Satzung der Techniker Krankenkasse zwischen der Techniker Krankenkasse Hamburg und dem Sportärzteverband Hessen e.V. die o.g. vereinbarten Grundsätze beachten und befolgen werde.**

**Ort:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Datum:** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Unterschrift**

**Stempel**

**Wir bitten um Rücksendung der unterschriebenen Teilnahmeerklärung per Post oder per Mail an**

**u.a. Adresse.**