

Teilnahmevoraussetzungen

Hiermit bestätige ich, dass ich folgende Teilnahmevoraussetzungen erfülle:

- 1. Hausarztpraxis, die nach § 73 Abs. 1a Nr. 1, 3, 4 oder 5 oder an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt.
- 2. Ich habe bereits eine Pflegefachperson mit den Qualifikationen gemäß Nr. 4 der Teilnahme- und Förderbedingungen in meiner Praxis angestellt.
- alternativ zu 2: Im Falle einer Projektzusage stelle ich eine Pflegefachperson mit den Qualifikationen gemäß Nr. 4 der Teilnahme- und Förderbedingungen an und bestätige die Anstellung der KVBW schriftlich (unterzeichnete Selbsterklärung) bis spätestens 28. Februar 2025.
- 3. Ich habe die Möglichkeit, mind. 112 chronisch erkrankte, bei einer gesetzlichen Krankenkasse versicherte Patienten über 18 Jahre, welche längerfristig in meiner Praxis in Behandlung sind (i. d. R. mindestens acht Quartale vor Einschluss), in das Projekt einzuschließen. Insbesondere Patienten, die sich in einer instabilen chronischen Erkrankungsphase befinden oder bei denen ein hohes Risiko zur Dekompensation besteht.
- 4. Ich nehme an keinem ähnlichen Projekt und keiner ähnlichen Studie teil (z. B. HÄPPI).
- 5. Optional (zehn Praxen): Ich bin bereit, im Rahmen von PRIMA auch das Medizinprodukt SmED zur Patienten-Priorisierung und -Steuerung einzusetzen.
- 6. Ich bin bereit, die PRIMA-Intervention gemäß den Teilnahme- und Förderbedingungen in meiner Praxis mit meinem Praxisteam umzusetzen, an den drei praxisindividuellen Workshops und weiteren projektbezogenen Veranstaltungen und Befragungen im Rahmen der Evaluation teilzunehmen.

Erklärung

Ich bewerbe mich hiermit um eine Beteiligung am Auswahlverfahren für eine Teilnahme als Hausarztpraxis am Innovationsfondsprojekt PRIMA.

Ich versichere, dass die in diesem Formular gemachten Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Teilnahme- und Förderbedingungen zu beachten. Das Nichterfüllen der Teilnahmevoraussetzungen kann zum Ausschluss aus dem Projekt PRIMA führen.

Im Falle einer Auswahl zur Teilnahme bin ich mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten in der Arztsuche der KVBW und auf der Projektinternetseite von PRIMA sowie mit der Übermittlung meiner Daten an die Projektpartner von PRIMA einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller