

TEILNAHMEERKLÄRUNG

Zum Vertrag zur Unterstützung des Einsatzes der Videosprechstunde zur telemedizinischen hausärztlichen Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung per E-Mail an pflege-staerken@nds.aok.de

I Allgemeine Angaben

	Angaben zur Einrichtung	Angaben zum Träger der Einrichtung
Name		
Straße / Hausnummer		
PLZ / Ort		
Landkreis / kreisfreie Stadt		
Ansprechpartner		
Telefonnummer		
E-Mail		
IK		
Berufsverband / Spitzenverband		

II Beteiligte Ärzte

Eine Videosprechstunde soll durch die folgenden Ärzte erfolgen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärzte von der AOK Niedersachsen über die Teilnahme unserer Pflegeeinrichtung am Projekt informiert werden.

	Arzt
Name, Vorname	
Lebenslange Arztnummer (LANR, falls bekannt)	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	

	Arzt
Name, Vorname	
Lebenslange Arztnummer (LANR, falls bekannt)	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	

	Arzt
Name, Vorname	
Lebenslange Arztnummer (LANR, falls bekannt)	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	

III Art der Teilnahme

Bitte eine der drei Varianten (a, b oder c) ankreuzen / ausfüllen:

- a) In meiner Pflegeeinrichtung ist die benötigte technische Infrastruktur nach Anlage 1 des Vertrags bereits vorhanden. → **Weiter mit V**

☐

- b) Ich beantrage eine Förderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI (Pkt. IV) und durch Mittel der niedersächsischen Landesregierung aus dem „Sondervermögen für den Ausbau von hochleistungsfähigen Datenübertragungsnetzen und für Digitalisierungsmaßnahmen“ (Pkt. IV) zur Ausstattung meiner Pflegeeinrichtung mit den technisch notwendigen Sachmitteln zur Umsetzung von Videosprechstunden.

☐

Dabei benötige ich ____ Tablet-PCs.

Falls mehr als ein Tablet-PC benötigt wird: Bitte hier begründen (z.B. Anzahl der Bewohner, getrennte Wohnbereiche etc.)

--

Den Erhalt des/der Tablet-PC werde ich gegenüber der AOK Niedersachsen zur weiteren Verwendung gegenüber der Förderstelle der niedersächsischen Landesregierung mit dem hierfür gesondert bereitgestellten Formular bestätigen.

- c) Ich nehme eine Förderung ausschließlich durch Mittel der niedersächsischen Landesregierung aus dem „Sondervermögen für den Ausbau von hochleistungsfähigen Datenübertragungsnetzen und für Digitalisierungsmaßnahmen“ in Höhe von 60% der Gesamtkosten, die zur Ausstattung meiner Pflegeeinrichtung mit den technisch notwendigen Sachmitteln zur Umsetzung von Videosprechstunden erforderlich sind, in Anspruch. Die übrigen Kosten trage ich selbst. Diese werden mir von der vitaphone GmbH in Rechnung gestellt.

Die technisch notwendigen Sachmittel werden mir vom Unternehmen vitaphone GmbH zur Verfügung gestellt. Die Beschaffung der Fördermittel der niedersächsischen Landesregierung erfolgt durch die AOK.

☐

Dabei benötige ich ____ Tablet-PCs.

Falls mehr als ein Tablet-PC benötigt wird: Bitte hier begründen (z.B. Anzahl der Bewohner, getrennte Wohnbereiche etc.):

--

Den Erhalt des/der Tablet-PC werde ich gegenüber der AOK Niedersachsen zur weiteren Verwendung gegenüber der Förderstelle der niedersächsischen Landesregierung mit dem hierfür gesondert bereitgestellten Formular bestätigen.

→ **Weiter mit V**

IV Förderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI

Durch die Förderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI ist eine Finanzierung von 40 % der technischen Ausstattung möglich.

Bitte ankreuzen:

Die Kosten für die telemedizinische Ausstattung betragen maximal 325 EUR je Tablet.

Hiermit bestätige ich, dass meine Pflegeeinrichtung das Fördervolumen im Rahmen des § 8 Abs. 8 SGB XI noch nicht ausgeschöpft hat und im Rahmen dieser Förderung mindestens Ausgaben in Höhe von bis zu 130 EUR je Tablet-PC (40 Prozent der Gesamtkosten) weiterhin möglich sind. Ich akzeptiere, dass die Ausgaben nach dieser Vereinbarung in Höhe von bis zu 130 EUR je Tablet-PC auf den mir insgesamt für die Jahre 2019 bis 2021 maximal zustehenden Förderbetrag von 12.000 EUR angerechnet werden. Für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass ein Förderanspruch nach § 8 Abs. 8 SGB XI nicht oder nicht mehr in für die Umsetzung dieser Vereinbarung erforderlicher Höhe besteht, verpflichte ich mich zur Rückzahlung an die AOK Niedersachsen.



V Bestätigung und Unterschrift

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Vertrag zur Unterstützung des Einsatzes der Videosprechstunde zur telemedizinischen hausärztlichen Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie und verpflichte mich, meinen Aufgaben nach § 3 des Vertrages nachzukommen, wenn eine Teilnahme der von mir in II genannten Ärzte erfolgt. Gleichzeitig erkläre ich, dass

- diese Ausgaben nicht im Rahmen künftiger Pflegesatzverhandlungen erneut geltend gemacht werden
- diese Ausgaben nicht den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden,

Ort

Datum

Unterschrift

Stempel

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung per E-Mail an pflege-staerken@nds.aok.de