

Bitte diese Seite baldmöglichst zurücksenden an:
IMC GmbH, Parkstr. 13, 65549 Limburg

Fax: 06431/ 28 48 10 10

Name:

Adresse/Stempel

Qualifikations- und Strukturkriterienkatalog

zur Teilnahme am Integrierten Versorgungsprogramm der IMC GmbH

Voraussetzung zur Teilnahme sind folgende Anforderungen:

Bitte ankreuzen/ergänzen:

1) Kassenzulassung..... ja nein

Name: _____ Arztnummer: _____

2) Algesiologische Ausbildung nach DGS/DGSS-Richtlinien ja nein
(Bitte Kopie des aktuellen Zertifikats beilegen)

3) Algesiologische Fachassistenz nach DGS-Richtlinien in Praxis..... ja nein

4) Räumlich koordinierte und inhaltliche Zusammenarbeit

mit Physiotherapie Praxisgebäude ja nein

bzw. Erreichbarkeit von Praxis in Minuten (Fußweg) ca.....

mit Psychotherapie im Praxisgebäude..... ja nein

bzw. Erreichbarkeit von Praxis in Minuten (Fußweg) ca.....

5) Vertragliche/ räumliche/ kollegiale Bindung an einer Klinik..... ja nein

6) Gemeinsame Dokumentation der inhaltlichen Abläufe und Ergebnisse von allen Mitwirkenden ja nein

7) Personelle Ressourcen:

Räumliche Ressourcen:

8) Bereitschaft zur Teilnahme am IMC-Ärzt Netzwerk-Treffen (1 Mal/Jahr) ja nein

9) Im Vertragsfall Erwerb/Verwendung der elektronischen Dokumentation iDocLive ja nein

10) Im Vertragsfall Bereitschaft einer Mitarbeiterqualifikation zur/zum IV-Beauftragten im laufenden Vertragsjahr ja nein

E-Mail Adresse für IV-Korrespondenz

Telefon

Ich/wir halte(n) nach Kenntnis dieser Kriterien meine/unsere Bewerbung aufrecht.

Ort, Datum

Unterschrift