

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Facharzt



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag CARDIO PLUS Thüringen

nach § 73a SGB V zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT)

Seite 1 dieser Erklärung per Fax 03643 559-750 an die KVT senden.

Wichtige Hinweise:

Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss jedes Mitglied einer BAG eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Arztes und des anstellenden Vertragsarztes bzw. des Leiters des MVZ auf dieser TE/EWE zwingend erforderlich.

Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) sind unverzüglich schriftlich der KVT mitzuteilen.

Praxisart (Bitte ankreuzen)

- Einzelpraxis
 BAG
 Praxisgemeinschaft
 MVZ
 Einrichtung gemäß § 105 Abs. 1 oder 5 oder § 311 Abs. 2 SGB V

Stammdaten des teilnehmenden Arztes

Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich): BSNR 1. NBSNR 2. NBSNR

LANR BSNR 1. NBSNR 2. NBSNR
 Titel Nachname Vorname

Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Titel Nachname Vorname
 LANR Name des MVZ

Folgende Praxisausstattung wird in meiner Praxis/durch die Praxis vorgehalten:

- BMV-Ä zertifizierte Praxissoftware, Drucker und Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät)
 Vorhandensein/Einsatz eines zertifizierten AIS mit S3C-Schnittstelle gemäß den Maßgaben des Vertrages und Anlage 4a

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die in § 5 definierten Teilnahmevoraussetzungen und insbesondere die Anforderungen an den Versorgungsbund gemäß § 11a des Vertrages erfülle und:

- die technischen Voraussetzungen zur Durchführung und Auswertung der Ergometrie erfülle,
 die technischen Voraussetzungen zur Durchführung und Auswertung der 24h-Langzeitblutdruckmessung erfülle,
 ich für die Behandlung von Versicherten nach § 11c Abs. 10 des Vertrages folgende Gerätetechnik vorhalte: Programmiergeräte zum entsprechenden Fabrikat der Schrittmacher, Defibrillator und transportables EKG-Gerät.

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag CARDIO PLUS Thüringen. Über die vertraglich vereinbarten Grundsätze, Inhalte und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten bin ich umfassend informiert und ich erkenne diese vollumfänglich an.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen dieses Vertrages erfülle, ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages – insbesondere der umseitig unter Punkt I. beschriebenen Rechte und Pflichten – verpflichte und diese akzeptiere sowie meine Angaben vollständig und richtig sind.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung der Teilnahme am Vertrag CARDIO PLUS Thüringen ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Vertrag ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.** Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT und AOK PLUS bin ich einverstanden. Durch meine Unterschrift wird die vorstehende Einwilligungserklärung mit den umseitig unter Punkt II. gedruckten näheren Erläuterungen zur Datenverarbeitung für die Durchführung des Vertrages und der Teilnahme an diesem Vertrag Bestandteil meiner TE/EWE.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des Facharztes

Stempel des teilnehmenden Facharztes

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ

Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ

zu I. Teilnahme am Vertrag CARDIO PLUS Thüringen (für den Facharzt) zwischen der KVT und der AOK PLUS

1. Ich bin umfassend über die vertraglich vereinbarten Grundsätze, Inhalte und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten informiert und erkenne diese vollumfänglich an.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend § 5 des Vertrages in Verbindung mit den Anlagen 4a und 4b erfüllen muss.
 - meine Teilnahme vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) beginnt und ich meine Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVT zum Quartalsende kündigen kann.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVT durch mich zum Quartalsende gekündigt werden kann, wenn ich von der Änderung oder Ergänzung betroffen bin und ich deshalb die Teilnahme beenden will (Sonderkündigungsrecht).
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch mit der Beendigung, dem Verzicht, dem vollständigen Ruhen oder dem Entzug der vertragsärztlichen Zulassung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, sollte ich mit Ablauf der in der Anlage 4a Abschnitt II. genannten Frist zum verpflichtenden Einsatz des zertifizierten AIS mit S3C-Schnittstelle, deren Vorhandensein nicht gegenüber der KVT nachgewiesen haben, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung bzw. eines Ausschlusses bedarf.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem dieser Vertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
 - mir gegenüber meine Teilnahme an diesem Vertrag durch die KVT mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann (Ausschluss), wenn
 - ich die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 5 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVT nicht innerhalb angemessener Frist beseitige.
 - ich Fehlabrechnungen vornehme.
 - ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVT nicht innerhalb der Frist beseitige oder wenn ich in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstoße.
 - die Entscheidung über den Ausschluss die Vertragskommission gemäß § 18 vorbereitet und mir vor dem Ausschluss die Gelegenheit gegeben wird, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern.
 - der Vergütungsanspruch gegenüber der KVT besteht und die Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag quartalsweise gegenüber der KVT zu erfolgen hat (Anlage 7a).
 - die KVT die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der AOK PLUS abrechnet (Anlage 7b).
 - der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine gültige TE/EWE vorliegt und dieser am Tag der Leistungserbringung bei der AOK PLUS versichert ist.
 - bei Teilnahme einer BAG/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der BAG/einzelnen angestellten Facharzt zusteht.
 - meine Daten zu Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen der AOK PLUS zur Verfügung gestellt und von dieser zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben verarbeitet werden.
 - sich der vorliegende Vertrag als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung versteht und soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung finden. Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen insoweit die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und des von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen ARZT und Patient. Dessen Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und dessen Sinn und Zweck entspricht. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung verbleibt beim jeweils koordinierenden ARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen. Die ÄRZTE haften nicht für die Leistungen der jeweils anderen ÄRZTE. Der Versorgungsverbund bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB und die freie und selbstständige Berufsausübung der beteiligten ÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die ÄRZTE bei der Versorgung der Versicherten zusammen.
3. Des Weiteren verpflichte ich mich, dass ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste und bei meiner Tätigkeit, die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe. Meine Mitarbeiter wurden zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten der Patienten verpflichtet. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort. Im Falle eines meldepflichtigen Datenschutzverstoßes gemäß Artikel 33 EU-DSGVO verpflichte ich mich, auch die KVT und die AOK PLUS darüber zu informieren.
4. Hiermit bestätige ich, dass meine Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte eine Zulassung bzw. eine Genehmigung für den Bezirk der KVT hat.
5. Ich werde die KVT unverzüglich informieren, wenn ich die in § 5 genannten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle oder sich sonstige Angaben, wie Anschrift, Bankverbindung, Praxisart oder die Zusammensetzung des Versorgungsverbundes ändern.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der KVT und der AOK PLUS einverstanden: Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Versicherte der AOK PLUS und ÄRZTE bereit.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer Evaluation nach § 26 und ggf. der damit verbundenen Dokumentationen teilzunehmen, sofern diese im Rahmen des Vertrages CARDIO PLUS Thüringen durchgeführt wird.

zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag CARDIO PLUS Thüringen zwischen der AOK PLUS und der KVT**Zweck, Umfang und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

Im Rahmen der Durchführung dieses Vertrages werden meine personenbezogenen Daten, welche im Zusammenhang mit der Ausübung meiner Tätigkeit als Arzt stehen, durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar zum Zwecke der Abrechnung, Information der AOK PLUS, Information der Versicherten und Bearbeitung der TE/EWE verarbeitet.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bildet diese Einwilligungserklärung zu diesem Vertrag i. V. m. Artikel 5, Artikel 6 Abs. 1 lit. a) und Artikel 9 lit. a), f) und h) EU-DSGVO, § 73a SGB V a. F., § 284 SGB V, § 295 SGB V, § 304 SGB V und § 84 SGB X.

Die Datenverarbeitung erfolgt mit meiner Kenntnis. Ich kenne den Inhalt dieses Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Empfänger meiner Daten sind die AOK PLUS und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT und AOK PLUS bin ich einverstanden.

Die Speicherdauer der Daten ergibt sich aus dem Vertrag sowie aus dem Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gesperrt, soweit sie nicht mehr für die Vertragserfüllung bzw. Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben benötigt werden. Im Übrigen werden sie datenschutzgerecht gelöscht.

Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung meiner Daten

Ich habe das Recht

- auf Auskunft zu meinen Daten (Artikel 15 Abs. 1 und 2 EU-DSGVO),
- auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 EU-DSGVO),
- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 EU-DSGVO) und
- auf Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 EU-DSGVO).

Hierfür kann ich mich an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar wenden. Bei Fragen erreiche ich den Datenschutzbeauftragten der KVT per E-Mail (datenschutz@kvt.de).

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die KVT kann ich an die zuständige Aufsichtsbehörde richten: Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (TLfDI), Postfach 90 04 55, 99107 Erfurt.

Die Verarbeitung von Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der AOK PLUS erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die AOK PLUS wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die AOK PLUS zuständigen Datenschutzbeauftragten und zur Wahrung meiner Beschwerderechte auch die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu benennen.

Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mit Zugang meines Widerrufs bei der KVT ist die Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag verbunden. Bei meinem Ausscheiden werden die Daten gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Meine Widerrufserklärung kann ich per Fax 03643 559-750 an die KVT senden.