

<p style="text-align: center;"><b>Teilnahme- und Einwilligungserklärung</b>  <b>DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ</b>                  (Krankenhausarzt mit entsprechender Ermächtigung)</p> <p style="text-align: center;">Erklärung zur Teilnahme am Vertrag  <b>Diabetisches Fußsyndrom Thüringen</b></p> <p>gemäß § 140a SGB V zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT)</p>	<div style="text-align: right;"> </div> <p><b>Wichtige Hinweise:</b>                  Bei Teilnahme von Krankenhäusern muss jeder Facharzt (mit entsprechender Ermächtigung) eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Fachärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Facharztes <u>und</u> des Leiters des Krankenhauses auf dieser Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich.  <b>Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) sind unverzüglich schriftlich der KVT mitzuteilen.</b></p> <p>Praxisart entspr. § 5a Abs. 1 Nr. 7 (Bitte bestätigen)</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt mit Ermächtigung, um Leistungen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zur Untersuchung und Behandlung diabetischer FüÙe abzurechnen</p>
<p><b>Seite 1 dieser Erklärung bitte an die KVT senden.</b></p> <p><b>Faxnummer:</b> 03643 559-791  <b>E-Mail:</b> service.stelle@kvt.de  <b>postalisch:</b> Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar</p>	

**Stammdaten des teilnehmenden ermächtigten Krankenhausarztes** – Ermächtigung, die berechtigt, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer FüÙe durchzuführen.

LANR	BSNR	NBSNR
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Titel	Nachname	Vorname
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

**Leiter des Krankenhauses**

Titel	Nachname	Vorname
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Name des Krankenhauses

**I. Teilnahmeerklärung**

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag gemäß § 140a SGB V zur besonderen Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Thüringen (DFS Thüringen) zwischen der AOK PLUS und der KVT. 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 „DFS Thüringen“ mit der AOK PLUS sowie in die Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der Vertragspartner ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Vertrag ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.** Durch meine Unterschrift wird die vorstehende Einwilligungserklärung mit den umseitig unter Punkt II. gedruckten näheren Erläuterungen zur Datenverarbeitung für die Durchführung des Vertrages und die Teilnahme an diesem Vertrag Bestandteil meiner TE/EWE

<p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <input style="width: 90%;" type="text"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center;">Unterschrift des ermächtigten Krankenhausarztes</p>  <p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <input style="width: 90%;" type="text"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center;">Unterschrift des Leiters des Krankenhauses</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Stempel des ermächtigten Krankenhausarztes</p> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Stempel des Krankenhauses</p> </div>
---	---

**zu I. Teilnahme am Vertrag „DFS Thüringen“ zwischen der AOK PLUS und der KVT (Diabetische Fußambulanz; Krankenhausarzt mit entsprechender Ermächtigung):**

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 gemäß § 5a des Vertrages in Verbindung mit den Anlagen erfüllen muss.
  - meine Teilnahme – vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung durch die KVT – mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) beginnt und von mir mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVT gekündigt werden kann. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt im Übrigen unberührt.
  - ich verpflichtet bin, das in den Anlagen 4a und 4b benannte AIS mit IT-Vertragsschnittstelle (in der jeweils aktuellen Version) sowie eine Anbindung an das KV-SafeNet oder das Internet spätestens ab den in Anlage 4a genannten Zeitpunkten zu nutzen.
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet mit der Beendigung, der Rückgabe, dem vollständigen Ruhen oder dem Entzug meiner vertragsärztlichen Zulassung bzw. Anstellung, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch auch mit Ablauf der in der Anlage 4a Abschnitt II. genannten Fristen, zum verpflichtenden Einsatz des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle bzw. verpflichtenden Anbindung an das KV-SafeNet oder das Internet, deren Vorhandensein nicht gegenüber der KVT nachgewiesen wurde, endet, 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.
  - ich bei Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages bzw. der Anlagen meine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe dieser zum Quartalsende gegenüber der KVT, sofern mich diese Änderungen und Ergänzungen betreffen, kündigen kann.
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag mir gegenüber durch die KVT mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann, wenn ich
    - die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 5a i. V. m. den entsprechenden Anlagen nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVT nicht innerhalb angemessener Frist beseitige,
    - Fehlabrechnungen im Rahmen dieses Vertrages vornehme,
    - gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen der 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 die Kündigung die Vertragskommission vorbereitet und mir vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben ist, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.
  - die KVT die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen von Stichproben überprüft.
  - die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß §§ 295 und 295a SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
  - der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
  - der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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/dem einzelnen angestellten Arzt zusteht.
  - die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
  - 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 dem Vertrag ergibt und es dessen Sinn und Zweck entspricht. Die Behandlung erfolgt nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.
  - ein Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und mir zustande kommt und die medizinische Verantwortung bei mir liegt.
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 (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG/BDSG-neu), des Sozialgesetzbuches (SGB) und die 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 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 der KVT unverzüglich mitteilen, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß des Vertrages nicht mehr erfülle oder sich Änderungen meiner Stammdaten (insb. Änderungen der Bankverbindung oder Telefonnummer) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten und den internetbasierten Informationsportalen der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer begleitenden Evaluation und der damit ggf. verbundenen Dokumentation teilzunehmen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird.

**zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „DFS Thüringen“ zwischen der AOK PLUS und der KVT (Diabetische Fußambulanz; Krankenhausarzt mit entsprechender Ermächtigung):**

**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) DSGVO, §§ 140a, 284, 295, 295a, 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 und den internetbasierten Informationsportalen der Vertragspartner 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, Löschung, Übertragbarkeit, Einschränkung der und Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner Daten**

Ich habe das Recht

- auf Auskunft zu meinen Daten (Artikel 15 Abs. 1 und 2 DSGVO),
- auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X),
- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 DSGVO),
- auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DSGVO),
- auf Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X) und
- auf Widerspruch (Artikel 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X).

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](mailto: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 an die KVT senden:

Faxnummer: 03643 559-791  
E-Mail: [service.stelle@kvt.de](mailto:service.stelle@kvt.de)  
postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar.

# Anhang zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

## Stammdaten der teilnehmenden diabetologischen Fußambulanz

LANR	BSNR	NBSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel	Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Hiermit erkläre ich im Rahmen der Teilnahme am Vertrag Diabetisches Fußsyndrom Thüringen zwischen der AOK PLUS und der KVT:

- Zusätzlich zu den in § 11c aufgeführten Aufgaben erbringe ich auch die Aufgaben im Rahmen des § 11d Abs. 1 - als ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER  
 Den Nachweis der Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der extrimitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbkodiertem Duplexverfahren füge ich meiner Teilnahmeerklärung zur Vertragsteilnahme bei.
- Zusätzlich zu den in § 11c aufgeführten Aufgaben erbringe ich auch die Aufgaben im Rahmen des § 11d Abs. 2 - als WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT.  
 Die Nachweise entsprechend der Teilnahmevoraussetzungen nach § 5b Abs. 2 Nr. 4 füge ich meiner Teilnahmeerklärung zur Vertragsteilnahme bei.
- Ich bestätige die enge Zusammenarbeit mit mindestens einem für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigten Orthopädie-Schuhmacher/Schuhtechniker.
- Entsprechend § 5a Abs. 2 Nr. 6 bilde ich mit folgendem ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT einen Versorgungsverbund.  
 (Die Teilnahmeerklärung dieses Vertragsarztes ist meiner Teilnahmeerklärung beigelegt.):

LANR	BSNR	NBSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel	Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Entsprechend § 5a Abs. 2 Nr. 6 bilde ich mit folgendem WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT einen Versorgungsverbund.  
 (Die Teilnahmeerklärung dieses Vertragsarztes ist meiner Teilnahmeerklärung beigelegt.):

LANR	BSNR	NBSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel	Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ermächtigten Krankenhausarztes

Stempel des ermächtigten Krankenhausarztes