

| | |
|---|---|
| <h2 style="margin: 0;">Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt</h2> <p style="margin: 5px 0;">Erklärung zur Teilnahme am Vertrag</p> <h3 style="margin: 10px 0;">FETONEONATPFAD</h3> <p style="margin: 5px 0;">nach § 140a SGB V</p> | <div style="text-align: right; font-size: small;">  </div> <p>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 ärztlichen Leiters des MVZ auf dieser TE/EWE zwingend erforderlich. Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) sind unverzüglich schriftlich der KVT mitzuteilen.</p> <p>Praxisart (Bitte ankreuzen)</p> <p> <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ </p> <p> <input type="checkbox"/> Einrichtung gemäß § 105 Abs. 1c oder 5 oder § 400 Abs. 2 SGB V </p> |
| <p>Seite 1 dieser Erklärung bitte per Fax 03643 559-791 an die KV Thüringen (KVT) senden.</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| Stammdaten des teilnehmenden Arztes | Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich): | <input type="checkbox"/> BSNR | <input type="checkbox"/> 1. NBSNR | <input type="checkbox"/> 2. NBSNR |
| LANR <input style="width: 100%;" type="text"/> | BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/> | 1. NBSNR <input style="width: 100%;" type="text"/> | 2. NBSNR <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Titel <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ | | | | |
| Titel <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| LANR <input style="width: 100%;" type="text"/> | Name des MVZ <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | |

Die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung sonographischer Leistungen des Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gemäß dieses Vertrages

liegt vor.
 wurde beantragt.

Folgendes Zertifikat des Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist beigelegt:

"Certificate of competence preeclampsia screening" der Fetal Medicine Foundation London

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Vertrag FETONEONATPFAD nach § 140a SGB V im Rahmen des Innovationsfonds gemäß § 92a Abs. 1 SGB V. 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 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 betreffenden Vertragspartner 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.

| | |
|--|--|
| <p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;"> <p>Stempel des teilnehmenden Arztes</p> </div> |
| <p>_____ Unterschrift des teilnehmenden Arztes</p> | |
| <p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;"> <p>Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p> </div> |
| <p>_____ Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p> | |

zu I. Teilnahme am Vertrag

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 des Vertrages erfüllen muss.
 - meine Teilnahme – vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung durch die KVT – mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE, frühestens mit Vorlage aller entsprechenden Nachweise der Teilnahmevoraussetzungen, beginnt und von mir mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
 - ich verpflichtet bin, eine Kopie der TE/EWE des Versicherten nach dessen Einschreibung in der Arztpraxis für eine Dauer von 6 Jahren, ab Ende des Jahres, in dem die Teilnahme des Versicherten endet, aufzubewahren und eine Kopie der TE/EWE inklusive Patienteninformation dem Versicherten auszuhändigen ist.
 - ich die original unterzeichnete TE/EWE des Versicherten innerhalb von 10 Kalendertagen an den Konsortialführer zu übermitteln habe.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung, Anstellung, Ermächtigung bzw. Vertretung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch auch mit dem Wegfall der von mir geforderten Teilnahmevoraussetzungen gemäß diesem Vertrag endet. Die KVT teilt mir das Ende meiner Teilnahme schriftlich mit.
 - 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 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.
 - die KVT in Abstimmung mit dem Konsortialführer folgende Maßnahmen ergreifen kann, sofern ich gegen eine mir nach Maßgabe dieses Vertrages aufgrund meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße:
 - schriftliche Aufforderung durch die KVT, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - Beendigung der Teilnahmegenehmigung (mir ist vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern).
 - die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
 - der Vergütungsanspruch gegenüber dem Konsortialführer besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
 - 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.
 - 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 den Konsortialführer 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 dem Vertrag nicht mehr erfülle oder sich Änderungen meiner Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der betreffenden Vertragspartner und auf einem internetbasierten Informationsportal der Vertragspartner einverstanden: Titel, Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer begleitenden Evaluation teilzunehmen.

zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag nach § 140a SGB V über den FETONEONATPFAD im Rahmen des Innovationsfonds gemäß § 92a Abs. 1 SGB V

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 Vertragspartner, Information der Versicherten und Bearbeitung der TE/EWE (inkl. Patienteninformation) verarbeitet.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bildet diese Einwilligungserklärung zu diesem Rahmenvertrag i. V. m. Artikel 5, Artikel 6 Abs. 1 lit. a) und Artikel 9 lit. a), f) und h) DSGVO, § 140a SGB V, §§ 284, 295, 295a und 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 der Konsortialführer, das UKJ, die teilnehmenden Krankenkassen und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT, und des Konsortialführers 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 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),
- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 DSGVO),
- auf Sperrung meiner Daten (Artikel 18 DSGVO),
- auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DSGVO) 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).

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 dem Konsortialführer erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an den Konsortialführer wenden. Dieser ist verpflichtet, mir den für den Konsortialführer 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.