

Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Hausarzt)

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen

nach § 73b SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und der Bosch BKK (BKK)



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.

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

- Einzelpraxis BAG Praxisgemeinschaft MVZ
 Einrichtung gemäß § 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel		Nachname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		Vorname	
		<input type="text"/>	

Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Titel		Nachname		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
LANR		Name des MVZ			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

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

- Blutzuckermessgerät BMV-Ä zertifizierte Praxissoftware, Drucker und Faxgerät (Computerfax)
 EKG-Rekorder Spirometer mit FEV1-Bestimmung

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung 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 Hausarztzentrierte Versorgung 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 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.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des teilnehmenden Hausarztes

Stempel des teilnehmenden Hausarztes

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 zur Hausarztzentrierten Versorgung zwischen der KVT und der Bosch BKK:

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 Unterschriftsdatum auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) beginnt und von mir mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
 - ich verpflichtet bin, eine Kopie der TE/EWE des Versicherten (Anlage 1a) nach dessen Einschreibung an die BKK zu übermitteln. Eine Kopie der TE/EWE des Versicherten inklusive Patienteninformation verbleibt beim Versicherten. Das Original ist in den Patientenunterlagen aufzubewahren.
 - ich die original unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 1a) nach Beendigung der Teilnahme für eine Dauer von 6 Jahren ab Ende des Jahres, in dem die Teilnahme endete, von mir aufzubewahren ist,
 - ich die original unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 1a) bei laufender Teilnahme für eine Dauer von 10 Jahren, ab Ende des Jahres in dem die Erklärung durch den Versicherten erklärt wurde, von mir aufzubewahren ist.
 - dass ich im Rahmen des Betreuungsverhältnisses nach diesem Vertrag mit der Übernahme der Betreuung auch dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet bin. Die medizinisch-fachliche Verantwortung mir obliegt und durch die Regelungen des HzV-Vertrages nicht berührt wird.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung bzw. Anstellung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder 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 mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann, wenn
 - ich die Teilnahmeberechtigung gem. § 3 bzw. die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 4 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVT nicht innerhalb angemessener Frist beseitige;
 - ich Fehlabrechnungen vornehme, es sei denn, es handelt sich um einen Einzelfall oder ein entschuldbares Versehen;
 - ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme an diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß 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.
 - ich bei Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages 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 der BKK 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,
 - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Vertrag,
 - Beendigung der Teilnahmegenehmigung (die Entscheidung über die Beendigung treffen die Vertragspartner und 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 der BKK besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
 - die KVT die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der BKK abrechnet (§ 19).
 - der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt und dieser am Tag des Arztkontaktes bei der BKK 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.
 - die Vergütung vollständig oder teilweise gekürzt werden kann oder bereits erfolgte Vergütungen nachträglich korrigiert werden können, wenn ich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen verstoße.
 - 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 (EU-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 EU-DSGVO verpflichte ich mich, auch die KVT und die BKK 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 Bankverbindung oder Telefonnummer) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner und auf einem internetbasierten Informationsportal der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Ärzte und BKK-Versicherte bereit.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer Evaluation nach § 25 teilzunehmen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird.

zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen zwischen der KVT und der Bosch BKK

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 BKK, 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, § 73b SGB V, § 284 SGB V, § 295 SGB V, § 295a 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 KVT und die BKK. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT und der BKK 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 BKK erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die BKK wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die BKK 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.