

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Vertragsarzt)

### zum Versorgungsmodul „TeleDoc PLUS“

zum Rahmenvertrag zur Umsetzung von digital gestützten Versorgungsanwendungen als Modellvorhaben nach § 64 SGB V zwischen der KVT und der AOK PLUS vom 15.07.2019



kvt  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

#### Wichtige Hinweise:

Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss jedes Mitglied einer BAG eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Vertragsärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Vertragsarztes 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),  
- bei der Zusammenstellung der telemedizinischen Ausstattung  
sind unverzüglich schriftlich der KVT mitzuteilen.

#### Praxisart (Bitte ankreuzen)

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

Seite 1 dieser Erklärung bitte per Fax 03643 559-750 an die KV Thüringen (KVT) senden.

#### Stammdaten des teilnehmenden Vertragsarztes

#### 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"/>			

#### Notwendige Angaben des Vertragsarztes

- Vorhalten und Einsatz des **telemedizinischen Grundpaketes** von einem seitens der KVT anerkannten telemedizinischen Anbieter gemäß Anhang 1 zu Anlage 2 § 1 Absatz 1 des o. g. Versorgungsmoduls (Kopie aller Verträge werden dieser TE/EWE beigelegt).  Nachweis liegt der KVT bereits vor
- Ich habe bereits ein **telemedizinisches Grundpaket** gemäß Anhang 1 zu Anlage 2 § 1 Absatz 1 des o. g. Versorgungsmoduls in meiner Praxis vorliegen bzw. mein Praxispartner ist im Besitz eines telemedizinischen Grundpaketes.  Nachweis liegt der KVT bereits vor
- Vorhalten und Einsatz von \_\_\_ (**Anzahl der Geräte**) Medizinprodukt(en) von einem seitens der KVT anerkannten telemedizinischen Anbieter gemäß Anhang 1 zu Anlage 2 § 1 Absatz 2 des o. g. Versorgungsmoduls (Kopie aller Verträge werden dieser TE/EWE beigelegt).  Nachweis liegt der KVT bereits vor
- Ich habe bereits \_\_\_ (**Anzahl der Geräte**) Medizinprodukt(e) gemäß Anhang 1 zu Anlage 2 § 1 Absatz 2 des o. g. Versorgungsmoduls in meiner Praxis vorliegen bzw. mein Praxispartner ist im Besitz von \_\_\_ (**Anzahl der Geräte**) Medizinprodukt(en).  Nachweis liegt der KVT bereits vor
- erfolgreicher Abschluss einer vertragsspezifischen Schulung (z. B. Online- oder Präsenzschiung) der Tele-Assistenz zum Umgang mit der telemedizinischen Ausstattung (Kopie des Zertifikats der vertragsspezifischen Schulung wird diese TE/EWE beigelegt).  Nachweis liegt der KVT bereits vor

#### Notwendige Angaben zum - auf Grundlage der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) - genehmigten Nicht-ärztlichen Praxisassistenten

- Einsatz von mindestens einem von der KVT - auf Grundlage der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) - genehmigten Nicht-ärztlichen Praxisassistenten

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung der Teilnahme an diesem Versorgungsmodul „TeleDoc PLUS“ ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodul 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 gedruckten näheren Erläuterungen zur Datenverarbeitung für die Durchführung des Versorgungsmoduls „TeleDoc PLUS“ und der Teilnahme an diesem Versorgungsmodul Bestandteil meiner TE/EWE.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des teilnehmenden Vertragsarztes

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ

Stempel des teilnehmenden Vertragsarztes

Stempel des anstellenden  
Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ

## **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsmodul „TeleDoc PLUS“ zwischen der KVT und der AOK PLUS**

### **Zweck, Umfang und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

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

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bildet diese Einwilligungserklärung zu diesem Versorgungsmodul 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 Versorgungsmoduls und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung meiner Teilnahme an diesem Versorgungsmodul 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 diesem 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](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 Versorgungsmodul 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.