KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
SACHSEN

Teilnahmeerklärung

für den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage des § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordinierung

Antragsteller

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____

Telefon/Fax _____

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o. g. Vertrag gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages informiert und erfülle alle Teilnahmekriterien nach § 14 des o. g. Vertrages. Die entsprechenden Nachweise sind dieser Erklärung beigefügt.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist,
- meine Teilnahme mit der schriftlichen Bestätigung dieser Teilnahmeerklärung durch die Kassenärztliche Vereinigung oder AG Vertragskoordinierung beginnt,
- ich die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der AG Vertragskoordinierung erklären kann,
- ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere der Verpflichtungen nach § 4 und nach § 13 von der Teilnahme am o. g. Vertrag ausgeschlossen werden kann,
- ich die Teilnahmekriterien nach § 14 des o. g. Vertrages während der gesamten Programmteilnahme erfüllen muss,
- ich zum Erhalt der Teilnahmeberechtigung jedes Jahr die notwendigen Fortbildungen nach § 14 Abs. 1 des o. g. Vertrages schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung oder der AG Vertragskoordinierung darlegen muss,
- ich mit Beitritt zum o. g. Vertrag der Veröffentlichung meiner Daten in speziellen Verzeichnissen der Knappschaft nach § 13 Abs. 7 des o. g. Vertrages zustimme.

Ich verpflichte mich darüber hinaus,

- bei Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen die Kassenärztliche Vereinigung oder die AG Vertragskoordinierung umgehend darüber zu informieren,
- die Teilnahme von Patienten durch Einschreibung in meiner Praxis umgehend der Knappschaft zu melden,
- während meiner Tätigkeit bei allen mir zur Verfügung gestellten Patientendaten größte Sorgfalt bei der Weiterverarbeitung einzuhalten und in jeder Phase der Datenverarbeitung die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

☐ **In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.**

Ort, Datum _____ Unterschrift, Vertragsarztstempel _____

Allgemeines

Für die Einschreibung leitet der teilnehmende Hausarzt die von ihm unterschriebene Teilnahmeerklärung an die Kassenärztliche Vereinigung weiter.

Die Teilnahme beginnt mit der Bestätigung der Teilnahme durch die Kassenärztliche Vereinigung und endet spätestens mit dem Ende der Laufzeit dieses Vertrages.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung der Patientendaten ist die KNAPPSCHAFT, Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum, Tel. 08000 200 501.

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten wenden Sie sich an die KNAPPSCHAFT, Datenschutzbeauftragter, Knappschaftstraße 1, 44799 Bochum, Telefon: 0234 304-0, E-Mail: datenschutz@kbs.de.

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der KNAPPSCHAFT ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung als besonderen Versorgungsauftrag nach § 73b SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die KNAPPSCHAFT und die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung erhalten LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende nach Bestätigung der Vertragsteilnahme an dem Vertrag durch das aus den Daten erstellte Teilnehmerverzeichnis.
- Die Daten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung an die KNAPPSCHAFT weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf der Homepage der KNAPPSCHAFT veröffentlicht.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

Information über Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an die für die KNAPPSCHAFT zuständige Aufsichtsbehörde richten:

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de.