

Teilnahmeerklärung ARZT

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung, Delegation ärztlicher Leistungen und Videokonsil in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 140a SGB V zwischen den beteiligten Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS)

Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den hier bezeichneten Vertrag.

Wichtige Hinweise:

Bei Teilnahme mehrerer Hausärzte von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), MVZ und anderen Einrichtungen an diesem Vertrag muss jeder beantragende Hausarzt dieser BAG, des MVZ, der anderen Einrichtung eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Hausärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Hausarztes und des anstellenden Vertragsarztes auf dieser Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich.

Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse, Bankverbindung und Betriebsstättennummer) sind unverzüglich schriftlich der KVS mitzuteilen.

Praxisart (Bitte ankreuzen):

Einzelpraxis BAG MVZ andere Einrichtung

Stammdaten des teilnehmenden Vertragsarztes (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Titel	LANR	BSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)		
<input type="text"/>		
PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fax		
<input type="text"/>		

anstellender Arzt:

Titel	Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. Name BAG/MVZ/andere Einrichtung		
<input type="text"/>		

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass

- ich die definierten Teilnahmevoraussetzungen des o. g. Vertrages erfülle.
- ich verbindlich die Teilnahme an dem oben bezeichneten Vertrag unter den darin geregelten Bedingungen erkläre, mir sämtliche Bedingungen, Rechte und Pflichten des Vertrages bekannt sind, ich diese akzeptiere und mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages verpflichte, auch soweit diese in der umseitigen Information nicht aufgeführt sind.

Ich bestätige die uneingeschränkte Anerkennung der Vereinbarung, insbesondere die Erfüllung der qualitativen Voraussetzungen.

Mit dem Beitritt gilt der Vertrag einschließlich seiner Anlagen in der jeweils aktuellen Fassung. Die Teilnahme wird zum Beginn des auf den Eingang dieser Erklärung bei der KV Sachsen folgenden Quartals wirksam.

Ich beauftrage die KV Sachsen mit der Abwicklung der Honorierung der von mir beauftragten delegierbaren Leistungen dieses Vertrages gegenüber der von mir betreuten Pflegeeinrichtung.

Einwilligung in Datenverarbeitung

Ich erkläre, dass:

- ich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden bin,
- ich mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften verpflichte,
- meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten von der KVS zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt werden,
- die beteiligte Krankenkasse im Rahmen des Teilnehmerverzeichnisses Name, Vorname, Praxisanschrift, LANR, BSNR, ggf. Angaben zur Nebenbetriebsstätte nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem Vertrag sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung erhält,
- mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf der Internetseite der beteiligten Krankenkasse und der KVS veröffentlicht werden,
- die beteiligte Krankenkasse die Versicherten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an dem Vertrag informiert,
- ich gemäß § 295a Abs. 1 und 2 SGB V befugt bin, die für die Abrechnung der vertraglichen Leistungen nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben an die KVS als verantwortliche Stelle oder eine andere beauftragte Stelle zu übermitteln.

