

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
 Doctor-Eisenbart-Ring 2
 39120 Magdeburg
per Fax: 0391 627- 8459

 Name Facharzt

 lebenslange Arztnummer

Teilnahmeerklärung des Facharztes für Orthopädie

Vertrag über die strukturierte Behandlung von Patienten mit Gonarthrose auf der Grundlage §140a SGB V zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Ich erkläre die Teilnahme an oben genanntem Vertrag und erfülle folgende Voraussetzungen:

- Ich bin als Vertragsarzt gem. § 4 des o. g. Vertrages tätig.
- Ich komme durch eigenständige und regelmäßige Fortbildungen der vorgegebenen Fortbildungspflicht gem. § 95d SGB V nach. Insbesondere habe ich an dem zum Vertrag zugehörigen Onlinekurs oder am Onlinekurs zum Vertrag über die strukturierte Behandlung von Patienten mit Hüft- bzw. Kniegelenksarthrose auf der Grundlage § 140a SGB V teilgenommen und besuche zudem einen von BVOU und KVSA organisierten Qualitätszirkel pro Jahr.

Ich bin umfassend über die vertraglichen Regelungen zur besonderen ambulanten Versorgung informiert. Die vertraglich vereinbarten Inhalte und die Ziele habe ich zur Kenntnis genommen und ich verpflichte mich zur Einhaltung der vertraglichen Regelungen.

Weiterhin verpflichte ich mich,

- bei meiner Tätigkeit die für die Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Informationssicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften (SGB V, SGB X, DSGVO, BDSG) zu beachten.
- zur Weitergabe von Patientendaten auf Grundlage des Vertrages sowie einer dazugehörigen schriftlichen Einwilligung des Patienten, die sich auf dessen Information zur Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß der DSGVO bezieht.
- zur vollständigen und korrekten Dokumentation der Behandlung.
- zur vereinbarten Leistungserbringung (qualifizierte Diagnostik, Stellung der Indikation, umfassende Aufklärung über Ziele und Inhalte der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung)

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme nach Ablauf aller im Rahmen dieses Versorgungsvertrages bei mir begonnenen Behandlungen gegenüber der KVSA erklären. Eine Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet und
- eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen einen Ausschluss aus dem Vertrag zur Folge haben kann.
- zwischen den Vertragspartnern eine Beratung der teilnehmenden Vertragsärzte zu Vertragsinhalten bzw. -ergänzungen vereinbart wurde und ich diese in Anspruch nehmen kann.

Ich willige ein, dass

- mein Titel, Vorname und Name, Fachrichtung, zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer in einem Verzeichnis von der KVSA, dem BVOU sowie der AOK Sachsen-Anhalt veröffentlicht wird.
- die vorstehend genannten Daten, der Beginn und das Ende der Teilnahme an diesem Vertrag sowie der Grund der Teilnahmebeendigung der AOK Sachsen-Anhalt mitgeteilt werden.
- die KVSA neben den geltenden Verwaltungskosten zusätzlich 2% meiner fachärztlichen Leistungsvergütung nach diesem Vertrag quartalsweise, zur Verwendung für die vertraglichen Zwecke, an den BVOU überweist.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Datenverarbeitung. Mit Widerruf der Einwilligung ist eine Teilnahme am Vertrag nicht mehr möglich.

 Ort, Datum

 Unterschrift/Stempel des Arztes

 Ort, Datum

 Unterschrift/Stempel des anstellenden Arztes/MVZ