

lebenslange Arztnummer (LANR)
des antragstellenden Arztes

**Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung
zum „Gesund schwanger“-Vertrag nach § 140a SGB V und/oder zum
Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V
zur Vermeidung von Frühgeburten**

„Gesund schwanger“
(bitte ankreuzen)

„Hallo Baby“
(bitte ankreuzen)

Teilnahmeerklärung

Als Facharzt erkläre ich die Teilnahme am oben genannten Vertrag:

- Ich bin umfassend über die geltenden vertraglichen Regelungen zur o. a. besonderen ambulanten Versorgung informiert. Die Inhalte und Ziele des jeweiligen Vertrages habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich gehe mit meiner Teilnahme folgende Verpflichtungen ein:

- Einhaltung der vertraglichen Regelungen des jeweiligen Vertrages nach § 140a SGB V und insofern für mich geltende vertragsärztliche Rechtsgrundlagen,
- Einhaltung der für die Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Informationssicherheit geltenden Vorschriften (SGB V, SGB X, DSGVO, BDSG),
- Verarbeitung von Daten der Patienten mit Bezug zu diesem Vertrag nur mit deren schriftlicher Einwilligung,
- Erbringung der vertraglich vereinbarten Leistungsinhalte (Risikoscreening, Frühultraschall, Infektionsscreening und/oder Laborleistung) auf Grundlage der erforderlichen vertragsärztlichen Genehmigungen bzw. eines gültigen Ringversuchszertifikates bei der KVSA.

Die Teilnahme kann widerrufen werden.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich willige ein, dass

- meine Daten (Titel, Vorname, Name, Fachgebiet, Praxisanschrift und Telefonnummer) in einem Verzeichnis von der KVSA zum jeweiligen besonderen Vertrag veröffentlicht werden.
- die vorstehend genannten Daten, zuzüglich Beginn und Ende der Teilnahme an dem jeweiligen Vertrag der GWQ Service plus AG für die Erstellung eines Teilnehmerverzeichnisses zur Verfügung gestellt werden. Das Teilnehmerverzeichnis wird an die teilnehmenden Krankenkassen über das GWQ-Portal bzw. an die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination weitergeleitet und auf den Internetseiten der teilnehmenden Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt veröffentlicht.

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

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des antragstellenden Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des anstellenden Arztes/MVZ