Anlage 5b

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
per Fax: 0391 – 627-8436

Name Facharzt _____ lebenslange Arztnummer _____

Teilnahmeerklärung des Facharztes gemäß § 5 des Vertrages

an dem Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V im Rahmen des Innovationsfondsprojektes „Endometriose effektiv erkennen und koordiniert ganzheitlich therapieren (ENDO-EVE)“

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

- Ich bin vertragsärztlich gem. § 5 Absatz 1 des o. g. Vertrages tätig.
- Ich komme der Fortbildungsverpflichtung gem. § 95d SGB V nach.
- 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 mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVSA erklären. Eine Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet
- eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen einen Ausschluss aus dem Vertrag zur Folge haben kann und
- zwischen den Vertragspartnern eine Beratung der teilnehmenden Fachärzte zu Vertragsinhalten bzw. -ergänzungen vereinbart wurde und ich diese entgegennehmen kann.

Ich willige ein, dass

- mein Titel, Vorname und Name, Fachrichtung, zusammen mit meiner Praxisanschrift in einem Verzeichnis von der KVSA veröffentlicht wird.
- meine Daten durch die KVSA an die Koordinierenden Stellen (vgl. § 6 des Vertrages) übermittelt werden. Es werden folgende Daten übermittelt: BSNR, LANR, Praxisbezeichnung, Anrede, Titel, Name, Vorname, Fachrichtung, Praxisanschrift, Telefon- und Faxnummer sowie Teilnahmebeginn.
- 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.

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