

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
 Doctor-Eisenbart-Ring 2
 39120 Magdeburg
 per Fax: 0391 - 6278436

 Name Facharzt

 lebenslange Arztnummer

Teilnahmeerklärung des Facharztes gemäß § 4 des Vertrages

**am Vertrag zur fachärztlichen Behandlung von Patienten mit der multiparametrischen MRT
 (mp MRT) der Prostata gemäß § 140a SGB V
 zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und
 dem Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V., Landesverband 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.
- Als Nachweis meiner fachlichen Qualifikation füge ich folgende Unterlagen bei:
 - Nachweis über ein erfolgreich absolviertes technisches Qualitätssicherungsverfahren des BDR und DRG zu Messparametern und Bildqualität für die mpMRT Prostatographie und
 - Nachweis der fachlichen Qualifikation durch Vorlage eines Zertifikats zur Qualifizierungsstufe Q1 oder Q2 Spezialzertifizierung mp MRT Prostata der AG Uroradiologie und Urogenitaldiagnostik der DRG.
- Ich komme durch eigenständige und regelmäßige Fortbildungen der vorgegebenen Fortbildungspflicht 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 nach Ablauf aller im Rahmen dieses Versorgungsvertrages bei mir begonnenen Behandlungen mit einer Frist von drei Monaten 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 Vertragsärzte 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 und meiner Praxistelefonnummer in einem Verzeichnis von der KVSA 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.

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