

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

Name Arzt

lebenslange Arztnummer

Teilnahmeerklärung des diabetologisch verantwortlichen Arztes gemäß § 3 der Vereinbarung

**an der Vereinbarung gem. § 140a SGB V über die Betreuung, Behandlung und Schulung von
Versicherten mit Gestationsdiabetes durch diabetologisch verantwortliche Ärzte
zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus und der Kassenärztlichen
Vereinigung Sachsen-Anhalt**

Ich erkläre die Teilnahme an oben genannter Vereinbarung und erfülle folgende Voraussetzungen:

- Ich bin vertragsärztlich gem. § 3 Absatz 1 der o. g. Vereinbarung 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 der Vereinbarung 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.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme nach Ablauf aller im Rahmen dieses Versorgungsvertrages bei mir begonnenen Behandlungen mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVSA erklären. Eine Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet
- eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen einen Ausschluss aus der Vereinbarung zur Folge haben kann und
- zwischen den Vertragspartnern eine Beratung der teilnehmenden Ärzte zu Vereinbarungsinhalten 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 den Vertragspartnern veröffentlicht wird.
- die vorstehend genannten Daten, der Beginn und das Ende der Teilnahme an dieser Vereinbarung sowie der Grund der Teilnahmebeendigung den Vertragspartnern mitgeteilt werden.

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

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des anstellenden Arztes/MVZ