

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

 Name Facharzt

 lebenslange Arztnummer

Teilnahmeerklärung des Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Vertrag über die Durchführung ambulanter pharyngo- und otologischer Operationen bei pädiatrischen Patienten auf der Grundlage des § 140a SGB V zwischen der AOK Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

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

- Ich bin als Vertragsarzt gem. § 3 des o. g. Vertrages tätig und habe eine Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Ich komme durch eigenständige und regelmäßige Fortbildungen der vorgegebenen Fortbildungspflicht 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 (Stellung der Indikation auf Basis einer qualifizierten Diagnostik; zeitnahe Durchführung der Operation [Operationstermin entsprechend der medizinischen Notwendigkeit in der Regel innerhalb von 4 Wochen nach Einschreibung des Versicherten]; umfassende Aufklärung über Ziele und Inhalte der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung; umfassende Aufklärung zum Krankheitsbild, der Behandlung sowie zur Nachsorge; bis zum 7. postoperativen Tag; Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit entsprechend der medizinischen Notwendigkeit sowie Absicherung der Versorgung bei Komplikationen durch den teilnehmenden Facharzt

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.
- 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 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 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.

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