

<p style="text-align: center;">Teilnahme- und Einwilligungserklärung Psychotherapeut</p> <p>Erklärung zur Teilnahme am Vertrag nach § 140a SGB V zur</p> <p style="text-align: center;">akupsychotherapeutischen Versorgung</p> <p>zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT), der Bosch BKK (Bosch BKK) und der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung e. V. (DPtV)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> </div> <p>Wichtige Hinweise: Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss jedes Mitglied einer BAG eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Psychotherapeuten ist die Unterschrift des teilnehmenden Psychotherapeuten und des anstellenden Psychotherapeuten bzw. Vertragsarztes bzw. des ärztlichen Leiters des MVZ auf dieser TE/EWE zwingend erforderlich. Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) sind unverzüglich schriftlich der KVT mitzuteilen.</p> <p>Praxisart (Bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> Einrichtung gemäß § 105 Abs. 1c oder 5 oder § 402 Abs. 2 SGB V</p>
<p>Seite 1 dieser Erklärung bitte an die KVT senden.</p> <p>Faxnummer: 03643 559-791 E-Mail: qs-vertraege@kvt.de postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar</p>	

Stammdaten des teilnehmenden Psychotherapeuten	Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich): <input type="checkbox"/> BSNR <input type="checkbox"/> 1. NBSNR <input type="checkbox"/> 2. NBSNR
LANR <input style="width: 100%;" type="text"/> BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/> 1. NBSNR <input style="width: 100%;" type="text"/> 2. NBSNR <input style="width: 100%;" type="text"/> Titel <input style="width: 100%;" type="text"/> Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/> Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Anstellender Psychotherapeut/Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ	
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/> Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/> Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/> LANR <input style="width: 100%;" type="text"/> Name des MVZ <input style="width: 100%;" type="text"/>	

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Vertrag zur akupsychotherapeutischen Versorgung. Über die vertraglich vereinbarten Grundsätze, Inhalte und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten bin ich umfassend informiert und ich erkenne diese vollumfänglich an. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen dieses Vertrages erfülle, ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages – insbesondere der umseitig unter Punkt I. beschriebenen Rechte und Pflichten – verpflichte und diese akzeptiere sowie meine Angaben vollständig und richtig sind.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung der Teilnahme an dem Vertrag der Bosch BKK ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Vertrag ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.** Mit der Veröffentlichung meiner Teilnahme an dem Vertrag und meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der Vertragspartner bin ich einverstanden. Durch meine Unterschrift wird die vorstehende Einwilligungserklärung mit den umseitig unter Punkt II. gedruckten näheren Erläuterungen zur Datenverarbeitung für die Durchführung des Vertrages und der Teilnahme an diesem Vertrag Bestandteil meiner TE/EWE.

<p>Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">_____ Unterschrift des teilnehmenden Psychotherapeuten</p> <p>Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">_____ Unterschrift des anstellenden Psychotherapeuten/Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Stempel des teilnehmenden Psychotherapeuten</p> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Stempel des anstellenden Psychotherapeuten/Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p> </div>
---	---

Version gültig ab 25.07.2023

zu I. Teilnahme am Vertrag zur akupsychotherapeutischen Versorgung zwischen der KVT und der Bosch BKK

1. Ich bin umfassend über die vertraglich vereinbarten Grundsätze, Inhalte und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten informiert und erkenne diese vollumfänglich an.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass
 - a) meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages erfüllen muss.
 - b) meine Teilnahme – vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung – mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE beginnt und von mir mit einer Frist von 1 Monat zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
 - c) vom Versicherten eine gültige TE/EWE vorliegen muss. Ich bin verpflichtet, das Original der TE/EWE des Versicherten in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen nach dessen Einschreibung an die Bosch BKK zu senden. Eine Kopie der TE/EWE inklusive Patienteninformation erhält der Versicherte.
 - d) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung, Ermächtigung, bzw. Anstellung vollständig ruht oder endet, ohne dass es einer diesbezüglichen Kündigung oder eines Ausschlusses seitens der Vertragspartner bedarf.
 - e) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch auch mit dem Wegfall der von mir geforderten Teilnahmevoraussetzungen gemäß diesem Vertrag endet. Die KVT teilt mir das Ende meiner Teilnahme schriftlich mit.
 - f) meine Teilnahme an diesem Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem dieser Vertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
 - g) ich bei Änderungen dieses Vertrages meine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe dieser zum Quartalsende gegenüber der KVT, sofern mich diese Änderungen betreffen, schriftlich kündigen kann.
 - h) die KVT in Abstimmung mit der Bosch BKK folgende Maßnahmen ergreifen kann, sofern ich gegen eine mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße:
 - ha) schriftliche Aufforderung durch die KVT, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - hb) keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Vertrag,
 - hc) Widerruf der Teilnahmegenehmigung (Ausschluss), wobei eine erneute Teilnahme am Vertrag erst nach Ablauf einer individuell durch die Vertragspartner festzusetzenden Frist möglich ist (mir ist vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern).
 - i) die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß §§ 295 und 295a SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
 - j) der Vergütungsanspruch gegenüber der Bosch BKK besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
 - k) wenn ich zum Zeitpunkt der Anmeldung einer Rückforderung durch die Bosch BKK nicht mehr vertragsärztlich zugelassen bin und eine Verrechnung mit Honoraransprüchen nach diesem Vertrag bzw. den Anlagen durch die KVT nicht mehr möglich ist, die Honoraransprüche aus der Rückforderung durch die Bosch BKK gegenüber mir geltend gemacht werden.
 - l) bei Teilnahme einer BAG/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der BAG/dem einzelnen angestellten Psychotherapeuten zusteht.
 - m) die Bosch BKK zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben berechtigt ist, Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen.
 - n) die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
 - o) sich der vorliegende Vertrag als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung versteht und – soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden – die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht, uneingeschränkte Anwendung finden. Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen insoweit die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und des von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen Psychotherapeuten und Patient. Dessen Inhalt wird durch diesen Vertrag mitgeprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Vertrag ergibt und es dessen Sinn und Zweck entspricht. Die Behandlung erfolgt nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.
 - p) ...ein Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und mir zustande kommt und die medizinische Verantwortung bei mir liegt.
3. Des Weiteren verpflichte ich mich, dass ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste und bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Sozialgesetzbuches (SGB) und die Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe. Meine Mitarbeiter wurden zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten der Patienten verpflichtet. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort. Im Falle eines meldepflichtigen Datenschutzverstoßes gemäß Artikel 33 DS-GVO verpflichte ich mich, auch die KVT und die Bosch BKK darüber zu informieren.
4. Hiermit bestätige ich, dass meine Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte eine Zulassung bzw. eine Genehmigung für den Bezirk der KVT hat.
5. Ich werde der KVT unverzüglich mitteilen, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß dem Vertrag nicht mehr erfülle oder sich Änderungen meiner Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, Bezeichnung der Fachgruppe, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, ggf. an einer begleitenden Evaluation teilzunehmen.

zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag zur akupsychotherapeutischen Versorgung zwischen der KVT und der Bosch BKK

Zweck, Umfang und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Im Rahmen der Durchführung dieses Vertrages werden meine personenbezogenen Daten, welche im Zusammenhang mit der Ausübung meiner Tätigkeit als Psychotherapeut stehen, durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar zum Zwecke der Abrechnung, Information der Bosch BKK, Information der Versicherten und Bearbeitung der TE/EWE verarbeitet.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bildet diese Einwilligungserklärung zu diesem Vertrag i. V. m. Artikel 5, Artikel 6 Abs. 1 lit. a) und Artikel 9 lit. a), f) und h) DS-GVO, §§ 140a, 284, 295, 295a, 304 SGB V und § 84 SGB X.

Die Datenverarbeitung erfolgt mit meiner Kenntnis. Ich kenne den Inhalt dieses Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Empfänger meiner Daten sind die Bosch BKK und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT und der Bosch BKK bin ich einverstanden.

Die Speicherdauer der Daten ergibt sich aus dem Vertrag sowie aus dem Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gesperrt, soweit sie nicht mehr für die Vertragserfüllung bzw. Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben benötigt werden. Im Übrigen werden sie datenschutzgerecht gelöscht.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Übertragbarkeit, Einschränkung der und Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner Daten

Ich habe das Recht

- auf Auskunft zu meinen Daten (Artikel 15 Abs. 1 und 2 DS-GVO),
- auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X),
- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 DS-GVO),
- auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO),
- auf Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X) und
- auf Widerspruch (Artikel 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).

Hierfür kann ich mich an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar wenden. Bei Fragen erreiche ich den Datenschutzbeauftragten der KVT per E-Mail (datenschutz@kvt.de).

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die KVT kann ich an die zuständige Aufsichtsbehörde richten: Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (TLfDI), Postfach 90 04 55, 99107 Erfurt.

Die Verarbeitung von Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Bosch BKK erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die Bosch BKK wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die Bosch BKK zuständigen Datenschutzbeauftragten und zur Wahrung meiner Beschwerderechte auch die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu benennen.

Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mit Zugang meines Widerrufs bei der KVT ist die Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag verbunden. Bei meinem Ausscheiden werden die Daten gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Meine Widerrufserklärung kann ich an die KVT senden.

Faxnummer: 03643 559-791

E-Mail: qs-vertraege@kvt.de

postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar