

# Teilnahme- und Einwilligungserklärung Augenarzt

## Erklärung zur Teilnahme am Vertrag Amblyopie-Screening

nach § 73c SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern zwischen der KNAPPSCHAFT und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT)

**Seite 1 dieser Erklärung per Fax 03643 559-750 an die KVT senden.**



### Wichtige Hinweise:

Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss jedes Mitglied einer BAG eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Arztes und des anstellenden Vertragsarztes bzw. des Leiters des MVZ auf dieser TE/EWE zwingend erforderlich.

**Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) sind unverzüglich schriftlich der KVT mitzuteilen.**

### Praxisart (Bitte ankreuzen)

- Einzelpraxis   
  BAG   
  Praxisgemeinschaft   
  MVZ  
 Einrichtung gemäß § 105 Abs. 1 oder 5 oder § 311 Abs. 2 SGB V

**Stammdaten des teilnehmenden Arztes**      **Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich):**   
 BSNR   
 1. NBSNR   
 2. NBSNR

LANR	BSNR	1. NBSNR	2. NBSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel		Nachname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		Vorname	
		<input type="text"/>	

**Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ**

Titel		Nachname		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
LANR		Name des MVZ			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Amblyopie-Screening Knappschaft. 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 am Amblyopie-Screening Knappschaft 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 personenbezogenen Daten auf der Internetseite der KVT 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)</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> <p>_____</p> <p>Unterschrift des teilnehmenden Arztes</p>  <p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> <p>_____</p> <p>Unterschrift des anstellenden 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;">Stempel des teilnehmenden Arztes</p> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p> </div>
--	--

**zu I. Teilnahme am Vertrag Amblyopie-Screening zwischen der KNAPPSCHAFT und der KVT**

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
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages und der Anlagen erfüllen muss
  - ich kein Vertragspartner dieses Vertrages bin
  - meine Teilnahme mit dem Zugang der Teilnahmebestätigung durch die KVT beginnt
  - meine Teilnahme mit dem Ende/dem Wegfall meiner Zulassung/Approbation oder mit der Beendigung des Vertrages endet
  - die Ergebnisse der jeweiligen Untersuchungen und die damit verbundenen Daten unmittelbar nach Abschluss der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung dem/den Sorgeberechtigten des Versicherten zur Vorlage beim Kinderarzt auszuhändigen sind (Befundbogen – Anlage 4)
  - ich für alle teilnehmenden Versicherten eine vollständige Dokumentation - gemäß Anlage 1 dieses Vertrages - zu führen habe,
  - die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
  - der Vergütungsanspruch gegenüber der Knappschaft besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
  - die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
  - 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 Arzt und Patient. Dessen Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt 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.
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 (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG/BDSG-neu), 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 Datenschutzverstößes gemäß Artikel 33 EU-DSGVO verpflichte ich mich, auch die KVT und die KNAPPSCHAFT 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 Bankverbindung oder Telefonnummer) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf der Internetseite der KVT einverstanden: Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer.

**zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag Amblyopie-Screening zwischen der KNAPPSCHAFT und der KVT****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 Arzt stehen, durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar zum Zwecke der Abrechnung, Information der KNAPPSCHAFT, Information der Versicherten sowie 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) EU-DSGVO, § 73c SGB V a. F., § 284 SGB V, § 295 SGB V, § 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 KNAPPSCHAFT und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf der Internetseite der KVT 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 und Löschung meiner Daten**

Ich habe das Recht

- auf Auskunft zu meinen Daten (Artikel 15 Abs. 1 und 2 EU-DSGVO),
- auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 EU-DSGVO),
- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 EU-DSGVO) und
- auf Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 EU-DSGVO).

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](mailto: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 KNAPPSCHAFT erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die KNAPPSCHAFT wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die KNAPPSCHAFT zuständigen Datenschutzbeauftragten und zur Wahrung meiner Beschwerderechte auch die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu benennen.

**Widerruf der 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 per Fax 03643 559-750 an die KVT senden.