

<p style="text-align: center;">Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt</p> <p>Eklärung zur Teilnahme am Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und der IKK classic</p> <p>Seite 1 dieser Erklärung bitte an die KVT senden. Faxnummer: 03643 559-791 E-Mail: qs-vertraege@kvt.de postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar</p>	<div style="text-align: right;">   <div style="font-size: small;"> kvt Kassenärztliche Vereinigung Thüringen </div> </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 Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Arztes und des anstellenden 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 <input type="checkbox"/> Einrichtung gemäß § 105 Abs. 1c oder § 402 Abs. 2 SGB V </p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Stammdaten des teilnehmenden Arztes	Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich): <input type="checkbox"/> BSNR <input type="checkbox"/> 1. NBSNR <input type="checkbox"/> 2. NBSNR
LANR <input style="width: 150px;" type="text"/> BSNR <input style="width: 150px;" type="text"/> 1. NBSNR <input style="width: 150px;" type="text"/> 2. NBSNR <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Titel <input style="width: 100px;" type="text"/> Nachname <input style="width: 250px;" type="text"/> Vorname <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ	
Titel <input style="width: 100px;" type="text"/> Nachname <input style="width: 250px;" type="text"/> Vorname <input style="width: 150px;" type="text"/>	
LANR <input style="width: 150px;" type="text"/> Name des MVZ <input style="width: 550px;" type="text"/>	

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich

an einer Fortbildung zur Durchführung von Tabakentwöhnungsangeboten, zertifiziert auf Grundlage des Curriculum "Qualifikation Tabakentwöhnung" der Bundesärztekammer, teilgenommen habe. Die Bestätigung füge ich der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei.

die apparativen Voraussetzungen für die Durchführung einer Spirometrie bereithalte.

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von COPD. 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 Vertrag der IKK classic 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 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.

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

zu I. Teilnahme am Vertrag zwischen der KVT und der IKK classic

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 durch die KVT – mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE beginnt und von mir mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
 - c) ich verpflichtet bin, die TE/EWE des Versicherten nach dessen Einschreibung per Fax an die IKK classic zu versenden, das Original der TE/EWE in der Arztpraxis aufzubewahren und eine Kopie der TE/EWE inklusive Versicherteninformation und Datenschutzmerkblatt dem Versicherten auszuhändigen ist.
 - d) ich die original unterzeichnete TE/EWE des Versicherten für eine mögliche stichprobenhafte Prüfung der IKK classic bzw. der beigetretenen Krankenkasse für eine Dauer von 10 Jahren, ab Ende des Jahres in dem die Erklärung durch den Versicherten erklärt wurde, aufzubewahren habe.
 - e) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung, Ermächtigung bzw. Anstellung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - f) 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.
 - g) 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.
 - h) ich bei Änderungen dieses Vertrages bzw. der Anlagen meine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe dieser zum Quartalsende gegenüber der KVT, sofern mich diese Änderungen betreffen, kündigen kann.
 - i) die KVT folgende Maßnahmen ergreifen kann, sofern ich gegen eine mir nach Maßgabe dieses Vertrages aufgrund meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße:
 - j) schriftliche Aufforderung durch die KVT, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - k) keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Vertrag,
 - l) Beendigung der Teilnahme genehmigung (mir ist vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern).
 - m) die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß §§ 295 und 295a SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
 - n) der Vergütungsanspruch gegenüber der IKK classic bzw. der beigetretenen Krankenkasse besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
 - o) wenn ich zum Zeitpunkt der Anmeldung einer Rückforderung durch die IKK classic bzw. die beigetretene Krankenkasse 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 IKK classic gegenüber mir geltend gemacht werden.
 - p) bei Teilnahme einer BAG/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der BAG/dem einzelnen angestellten Arzt zusteht.
 - q) sofern die KVT Zahlungen geleistet hat, auf die ich keinen Anspruch nach diesem Vertrag habe, die KVT berechtigt ist, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Rechnungen bezüglich des o. g. Vertrages abzuziehen. Dies gilt auch, wenn ich meine Teilnahme an diesem Vertrag zum Zeitpunkt der Rückforderung bereits beendet habe. Der Rückforderungsanspruch wird durch die Beendigung des Vertrages nicht beeinträchtigt.
 - r) die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
 - s) 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.
 - t) 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 IKK classic 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 und auf einem internetbasierten Informationsportal der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, 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 über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiver Bronchitis (COPD) zwischen der KVT und der IKK classic

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 IKK classic bzw. der beigetretenen Krankenkasse, 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) DSGVO, §§ 140a, 284, 295, 295a und 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 IKK classic bzw. die beigetretene Krankenkasse und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT und IKK classic bzw. der beigetretenen Krankenkasse 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 IKK classic bzw. der beigetretenen Krankenkasse erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die IKK classic bzw. die beigetretene Krankenkasse wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die IKK classic bzw. die beigetretene Krankenkasse 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