

<p style="text-align: center;"><b>Teilnahme- und Einwilligungserklärung Hausarzt</b></p> <p style="text-align: center;">Erklärung zur Teilnahme am Vertrag nach § 73b SGB V zur</p> <p style="text-align: center;"><b>Hausarztzentrierten Versorgung im Freistaat Thüringen</b></p> <p style="text-align: center;">zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und der Bosch BKK (Bosch BKK)</p>	<div style="text-align: right;"> </div> <p><b>Wichtige Hinweise:</b> 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. <b>Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) sind unverzüglich schriftlich der KVT mitzuteilen.</b></p> <p><b>Praxisart (Bitte ankreuzen)</b></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 5 oder § 402 Abs. 2 SGB V         </p>
<p><b>Seite 1 dieser Erklärung bitte an die KVT senden.</b></p> <p>Faxnummer: 03643 559-791 E-Mail: <a href="mailto:qs-vertraege@kvt.de">qs-vertraege@kvt.de</a> postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar</p>	

<b>Stammdaten des teilnehmenden Hausarztes</b>	<b>Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich):</b> <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"/>	
<b>Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ</b>	
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"/>	

<b>Folgende Praxisausstattung wird in meiner Praxis/durch die Praxis vorgehalten:</b>	
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät	<input type="checkbox"/> BMV-Ä zertifizierte Praxissoftware, Drucker und Faxgerät (Computerfax)
<input type="checkbox"/> EKG-Rekorder	<input type="checkbox"/> Spirometer mit FEV1-Bestimmung

**I. Teilnahmeerklärung**

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen. 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 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.

Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/> <hr/> Unterschrift des teilnehmenden Hausarztes	Stempel des teilnehmenden Hausarztes <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/> <hr/> Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ	Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

**zu I. Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten 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 durch die KVT – mit dem 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, eine Kopie der TE/EWE des Versicherten (Anlage 1a) nach dessen Einschreibung an die Bosch BKK zu übermitteln. Eine Kopie der TE/EWE des Versicherten inklusive Patienteninformation verbleibt beim Versicherten. Das Original ist in den Patientenunterlagen aufzubewahren.
  - d) ich die original unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 1a) nach Beendigung der Teilnahme für eine Dauer von 6 Jahren ab Ende des Jahres, in dem die Teilnahme endete, von mir aufzubewahren ist,
  - e) ich die original unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 1a) bei laufender Teilnahme für eine Dauer von 10 Jahren, ab Ende des Jahres in dem die Erklärung durch den Versicherten erklärt wurde, von mir aufzubewahren ist.
  - f) dass ich im Rahmen des Betreuungsverhältnisses nach diesem Vertrag mit der Übernahme der Betreuung auch dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet bin. Die medizinisch-fachliche Verantwortung mir obliegt und durch die Regelungen des HzV-Vertrages nicht berührt wird.
  - g) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung, Ermächtigung bzw. Anstellung vollständig ruht oder endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf. Gleiches gilt bei der Beendigung der Vertretung gemäß §§ 32b Abs. 6 Ärzte-ZV
  - h) 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.
  - i) ich bei Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages meine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe dieser zum Quartalsende gegenüber der KVT, sofern mich diese Änderungen und Ergänzungen betreffen, schriftlich kündigen kann.
  - j) mir gegenüber meine Teilnahme an diesem Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann, wenn
    - ja) ich die Teilnahmeberechtigung gem. § 3 bzw. die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 4 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVT nicht innerhalb angemessener Frist beseitige;
    - jb) ich Fehlabrechnungen vornehme, es sei denn, es handelt sich um einen Einzelfall oder ein entschuldbares Versehen;
    - jc) ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme an diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVT nicht innerhalb der Frist beseitige oder wenn ich in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstoße.
  - k) die KVT in Abstimmung mit der Bosch BKK folgende Maßnahmen ergreifen kann, sofern ich gegen eine mir nach Maßgabe dieses Vertrages aufgrund meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße:
    - ka) schriftliche Aufforderung durch die KVT, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
    - kb) keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Vertrag,
    - kc) Beendigung der Teilnahme genehmigung (die Entscheidung über die Beendigung treffen die Vertragspartner und mir ist vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern).
  - l) die Entscheidung über die Beendigung die Vertragspartner treffen und mir vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben ist, 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 Bosch BKK besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
  - o) die KVT die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der Bosch BKK abrechnet (§ 19).
  - p) der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt und dieser am Tag des Arztkontaktes bei der Bosch BKK versichert ist.
  - q) 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.
  - r) 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.
  - s) die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
  - t) die Vergütung vollständig oder teilweise gekürzt werden kann oder bereits erfolgte Vergütungen nachträglich korrigiert werden können, wenn ich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen verstoße.
  - u) 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 Hausarzt 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.
  - v) 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 der Bankverbindung) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Ärzte und Bosch BKK-Versicherte bereit.
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 Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen 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 Hausarzt 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, §§ 73b, 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 KVT und die Bosch BKK. 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](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 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](mailto:qs-vertraege@kvt.de)

postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar