

<h2 style="text-align: center;">Teilnahme- und Einwilligungserklärung Facharzt</h2> <p style="text-align: center;">Erklärung zur Teilnahme am Vertrag „Rauchfrei durchatmen“</p> <p>nach § 43 SGB V zwischen der AOK PLUS, der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und dem Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Thüringen e. V.</p>	<div style="text-align: right;"> </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 Facharztes 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 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 5 oder § 402 Abs. 2 SGB V </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>	

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: 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 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"/>	

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die in § 4 definiert Teilnahmevoraussetzung des Vertrages erfülle und

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.

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag „Rauchfrei durchatmen“. 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 „Rauchfrei durchatmen“ 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 style="border: 0.5px solid black;"/> Unterschrift des Facharztes	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Stempel des teilnehmenden Facharztes</p> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 80px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p> </div>
Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ	

zu I. Teilnahme am Vertrag „Rauchfrei durchatmen“ zwischen der AOK PLUS, der KVT und dem Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Thüringen e. V.

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 Teilnahmevoraussetzung entsprechend § 4 des Vertrages erfüllen muss.
 - b) meine Teilnahme vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) beginnt und ich meine Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVT zum Quartalsende kündigen kann.
 - c) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch mit der Beendigung, dem Verzicht, dem vollständigen Ruhen oder dem Entzug der vertragsärztlichen Zulassung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - d) 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.
 - e) mir gegenüber meine Teilnahme an diesem Vertrag durch die KVT mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann (Ausschluss), wenn
 - ea) ich die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVT nicht innerhalb angemessener Frist beseitige.
 - eb) ich Fehlabrechnungen vornehme.
 - ec) ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Mangel 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.
 - f) die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
 - g) der Vergütungsanspruch gegenüber der KVT besteht und die Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt (Anlage 3).
 - h) die KVT die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der AOK PLUS abrechnet (Anlage 3).
 - i) wenn ich zum Zeitpunkt der Anmeldung einer Rückforderung durch die AOK PLUS nicht mehr vertragsärztlich zugelassen bin und eine Verrechnung mit Honoraranprüchen nach diesem Vertrag bzw. den Anlagen durch die KVT nicht mehr möglich ist, die Honoraranprüche aus der Rückforderung durch die AOK PLUS gegenüber mir geltend gemacht werden.
 - j) bei Teilnahme einer BAG/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der BAG/einzelnen angestellten Facharzt zusteht.
 - k) die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
 - l) meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen der AOK PLUS bzw. der beigetretenen Krankenkasse zur Verfügung gestellt und von dieser zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben verarbeitet werden.
 - m) 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 Facharzt und Patient. Dessen Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und dessen Sinn und Zweck entspricht. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung verbleibt bei mir. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen 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 (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der 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 AOK PLUS bzw. die beigetretenen Krankenkasse 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 die KVT unverzüglich informieren, wenn ich die in § 4 genannte Teilnahmevoraussetzung nicht mehr erfülle oder sich sonstige 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, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Versicherte der AOK PLUS bereit.

zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „Rauchfrei durchatmen“ zwischen der AOK PLUS, der KVT und dem Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Thüringen e. V.

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 AOK PLUS 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) DS-GVO, §§ 73a SGB V a. F., 284, 295 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 AOK PLUS bzw. die beigetretene Krankenkasse und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT und AOK PLUS 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 Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X),
- auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO) 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 AOK PLUS bzw. der beigetretenen Krankenkasse erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die AOK PLUS bzw. die beigetretene Krankenkasse wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die AOK PLUS 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