

<p>Teilnahme- und Einwilligungserklärung</p> <p>Vertragsarzt</p> <p>zur Teilnahme am</p> <p>Vertrag zur besonderen Versorgung</p> <p>„TeleArzt“</p>	 
<p>Seite 1 dieser Erklärung per Fax 03643 559-750 an die KVT senden.</p>	<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 Vertragsärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Arztes und des anstellenden Vertragsarztes bzw. des ärztlichen Leiters des MVZ auf dieser TE/EWE zwingend erforderlich.</p> <p>Änderungen - der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung), - bei der Zusammenstellung der telemedizinischen Ausstattung 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 5 oder § 311 Abs. 2 SGB V </p>

Stammdaten des teilnehmenden Vertragsarztes	Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich): <input type="checkbox"/> BSNR <input type="checkbox"/> 1. NBSNR <input type="checkbox"/> 2. NBSNR
---	---

LANR	BSNR	1. NBSNR	2. NBSNR
<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Titel		Nachname	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
		Vorname	
		<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ		
Titel		Nachname
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Vorname
		<input style="width: 100%;" type="text"/>
LANR	Name des MVZ	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Notwendige Angaben des Vertragsarztes		
<input type="checkbox"/>	Vorhalten und Einsatz des telemedizinischen Grundpaketes von einem seitens der KVT anerkannten telemedizinischen Anbieter gemäß der Anlage 3 § 1 Abs. 1 des o. g. Vertrages (Kopie aller Verträge werden dieser TE/EWE beifügt).	<input type="checkbox"/>
Nachweis liegt der KVT bereits vor		
<input type="checkbox"/>	Ich habe bereits ein telemedizinisches Grundpaket (gemäß Anlage 3 § 1 Abs. 1) in meiner Praxis vorliegen bzw. mein Praxispartner ist im Besitz eines telemedizinischen Grundpaketes.	<input type="checkbox"/>
Nachweis liegt der KVT bereits vor		
<input type="checkbox"/>	Vorhalten und Einsatz von ___ (Anzahl der Geräte) Medizinprodukt(en) von einem seitens der KVT anerkannten telemedizinischen Anbieter gemäß der Anlage 3 § 1 Abs. 2 des o. g. Vertrages (Kopie aller Verträge werden dieser TE/EWE beifügt).	<input type="checkbox"/>
Nachweis liegt der KVT bereits vor		
<input type="checkbox"/>	Ich habe bereits ___ (Anzahl der Geräte) Medizinprodukt(e) (gemäß Anlage 3 § 1 Abs. 2) in meiner Praxis vorliegen bzw. mein Praxispartner ist im Besitz von ___ (Anzahl der Geräte) Medizinprodukt(en).	<input type="checkbox"/>
Nachweis liegt der KVT bereits vor		
<input type="checkbox"/>	erfolgreicher Abschluss einer vertragsspezifischen Schulung (z. B. Online- oder Präsenzs Schulung) der Tele-Assistenz zum Umgang mit der telemedizinischen Ausstattung (Kopie des Zertifikats der vertragsspezifischen Schulung wird dieser TE/EWE beifügt)	<input type="checkbox"/>
Nachweis liegt der KVT bereits vor		

Notwendige Angaben zum - auf Grundlage der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) - genehmigten Nicht-ärztlichen Praxisassistenten		
<input type="checkbox"/>	Einsatz von mindestens einem von der KVT - auf Grundlage der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) – genehmigten Nicht-ärztlichen Praxisassistenten	
Nachname	Vorname	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nachname	Vorname	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung „TeleArzt“ mit der IKK classic. 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 dieses 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 diesem Vertrag 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 dieses Vertrages und der Teilnahme an diesem Vertrag Bestandteil meiner TE/EWE.

<p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des teilnehmenden Vertragsarztes</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin-bottom: 20px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Stempel des teilnehmenden Vertragsarztes</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p> </div>
<p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift 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 dieses 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 gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
 - c) ich verpflichtet bin, die TE/EWE des Versicherten nach dessen Einschreibung an die IKK classic zu faxen und eine Kopie der TE/EWE inklusive Versicherteninformation (Anlage 4 des Vertrages) dem Versicherten auszuhändigen,
 - d) ich die original unterzeichnete TE/EWE des Versicherten nach Beendigung der Teilnahme für eine Dauer von 6 Jahren ab Ende des Jahres, in dem die Teilnahme endete, von mir aufzubewahren ist, um diese der IKK classic im Rahmen einer stichprobenhaften Prüfung zur Verfügung zu stellen,
 - e) ich die original unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten 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) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung bzw. Anstellung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - g) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch auch mit dem Wegfall der von mir geforderten Teilnahmevoraussetzungen gemäß dieses Vertrages endet. Die KVT teilt mir das Ende meiner Teilnahme schriftlich mit.
 - 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, kündigen kann.
 - j) die KVT in Abstimmung mit der IKK classic folgende Maßnahmen ergreifen kann, sofern ich gegen eine mir nach Maßgabe dieses Vertrages aufgrund meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße:
 - schriftliche Aufforderung durch die KVT, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Vertrag,
 - 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).
 - k) die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
 - l) der Vergütungsanspruch gegenüber der IKK classic besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
 - m) wenn ich zum Zeitpunkt der Anmeldung einer Rückforderung durch die IKK classic nicht mehr vertragsärztlich zugelassen bin und eine Verrechnung mit Honoraransprüchen nach diesem Vertrag durch die KVT nicht mehr möglich ist, die Honoraransprüche aus der Rückforderung durch die IKK classic gegenüber mir geltend gemacht werden.
 - n) 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.
 - o) die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
 - p) 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.
 - q) 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 (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 Datenschutzverstoßes gemäß Artikel 33 DSGVO 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 dieses Vertrages nicht mehr erfülle,
 - sich Änderungen meiner Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) oder
 - sich Änderungen bei der Zusammenstellung der telemedizinischen Ausstattung 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, an einer begleitenden Evaluation teilzunehmen.

zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung „TeleArzt“ 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, 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 SGB V, §§ 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 und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT und IKK classic bin ich einverstanden.

Die Speicherdauer der Daten ergibt sich aus diesem 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 und Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner Daten

Ich habe das Recht

- a) auf Auskunft zu meinen Daten (Artikel 15 Abs. 1 und 2 DSGVO),
- b) auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 DSGVO),
- c) auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 DSGVO),
- d) auf Sperrung meiner Daten (Artikel 18 DSGVO),
- e) auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DSGVO) und
- f) auf Widerspruch (Artikel 21 DSGVO 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 erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die IKK classic wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die IKK classic 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 per Fax 03643 559-750 an die KVT senden.