



BDOC Plus AG  
Vertragswesen  
Lindwurmstrasse 25  
80337 München  
Deutschland

### Teilnahmeerklärung -

Vertrag zur besonderen ambulanten augenärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Behandlung von Patienten mittels intravitrealer Eingabe von VEGF Hemmern

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin bereits als nachsorgender Arzt an einem BDOC Vertrag zur besonderen ambulanten augenärztlichen Versorgung registriert. Mit heutigem Datum möchte ich zusätzlich an nachfolgend genanntem Vertrag teilnehmen. Zur Vervollständigung der Registrierung, sende ich Ihnen hiermit die Teilnahmeerklärung mit Anlagen unterschrieben zurück.

Mir ist bewusst, dass zur Abrechnung meiner vertraglichen Leistungen, die Verwendung und Speicherung der von mir eingegebenen Stammdaten und Bewegungsdaten erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass meine eingegebenen Daten für die Administration und Abwicklung des Versorgungsvertrages in Unternehmenssoftware der BDOC Plus AG zum Zwecke der Abrechnung des jeweiligen Vertrages gespeichert und verarbeitet werden und für die vertraglichen Zwecke an berechnigte Dritte weitergegeben werden können.

Zu dem stimme ich der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten wie Praxis Name, Arzt Name, Anschrift, Telefonnummer und Unternehmens-Webseite auf Webseiten des BDOC zu.

Mit freundlichen Grüßen,

X

Unterschrift

Titel Vorname Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

AOK Rheinland/Hamburg

**Anlage Teilnahmeerklärung – AOK Rheinland/Hamburg**

Vertragsnummer: 123-1

Hiermit beteilige ich mich,

STAMMDATEN FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE		
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
TITEL		
NAME		
VORNAME		
GEBURTSDATUM		
LANR		
BSNR		
STRASSE, HAUSNR.		
PLZ, ORT		



an dem Vertrag zur besonderen ambulanten augenärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Behandlung von Patienten mittels intravitrealer Eingabe von VEGF Hemmern und beantrage die Teilnahme für den/die Bereich/e:

TEILNAHME AN		
<input type="checkbox"/> Nachsorge	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle mittels Spectral Domain OCT (SD-OCT)	
	Hersteller	
	Typ/Modell	
	Seriennummer	
	Anschaffungsdatum oder Rechnungsdatum	

Zutreffendes bitte ankreuzen

AOK Rheinland/Hamburg

1. Ich bin **nicht** operativ tätige/r Fachärztin / Facharzt für Augenheilkunde und mir sind die Informationen zum Vertrag mit Anlagen zugänglich und bekannt. Den Vertrag erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
2. Alle von mir durchgeführten Leistungen für eine teilnehmende Patientin oder teilnehmenden Patienten werden über die BDOC Plus AG als Abrechnungsgesellschaft abgerechnet. Die dazu notwendigen Daten liefere ich ausschließlich digital und online.
3. Ich stelle sicher, dass für die Nachsorge oder Verlaufskontrolle von Patientinnen und Patienten, die ebenfalls an diesem Vertrag teilnehmen, im Rahmen einer intravitrealer Medikamenteneingabe keine Gebührensätze parallel über andere Abrechnungsgesellschaften oder Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden oder Patientinnen und Patienten vor mir direkt eine Abrechnung erhalten.  
Erfolgen seitens des Teilnehmers parallele Abrechnungen, so sind die Vertragspartner berechtigt, die auf der Grundlage beanstandeten Zahlungen ohne zeitliche Beschränkung in voller Höhe zurückzufordern oder mit bestehenden unstrittigen Forderungen zu verrechnen.
4. Ich stimme der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf den Webseiten der Krankenkasse, des BDOC e.V und BDOC Plus AG zum Zwecke der Versicherteninformation zu.
5. Ich verpflichte mich, auf Anforderung der Qualitätssicherungskommission zur digitalen Übersendung geforderter Dokumentationen – eingeschlossen sind Rohdaten von Volumenscans dokumentierter Verlaufskontrollen – an die Abrechnungsgesellschaft oder die Qualitätssicherungskommission.
6. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

UNTERSCHRIFT		
Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Einrichtung