

BDOC Plus AG
Lindwurmstraße 25
80337 München

**BDOC IVOM Vertrag hier:
Teilnahmeantrag**

Sehr geehrte Damen und Herren

hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am o.g. BDOC Vertrag und erkenne die im Vertrag und den Anlagen getroffenen Regelungen verbindlich an.

Ich bin damit einverstanden, dass die folgenden Daten für die Administration und Abrechnung des Versorgungsvertrages in einer von der BDOC Plus AG administrierten Datenbank ausschließlich für die Zwecke der Abwicklung dieses Vertrages gespeichert und verarbeitet werden und nur für die vertraglichen Zwecke an berechnigte Dritte weitergegeben werden.

Mit dem Teilnahmeantrag stimme ich der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten (Praxisname, Arztname, Anschrift, Telefonnummer, ggf. Homepage) auf der Portalseite www.ivom-portal.de zu.

Mit freundlichen Grüßen

Praxisname

! Bitte handschriftlich ausfüllen !

Titel + Vorname + Nachname

Hinweise:

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Jeder Augenarzt erklärt seine Teilnahme am BDOC-IVOM Vertrag einzeln bzw. für sich. Bei der Teilnahme von angestellten Augenärzten ist zusätzlich die Unterschrift des MVZ-Leiters bzw. des anstellenden Augenarztes notwendig.

Bitte drucken Sie die Teilnahmeerklärung aus und senden Sie diese im Original unterschrieben an die angegebene Anschrift.

Sobald die angegebene Email-Adresse bestätigt wurde, erhalten Sie die Zugangsdaten und können vertragsgegenständliche Leistungen online dokumentieren. Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung Ihrer dokumentierten Leistungen erst nach Eingang der unterschriebenen Teilnahmeerklärung erfolgen kann.

Vielen Dank! - Ihr BDOC Plus Team

Teilnahmeerklärung Augenarzt (Operator)

am IVOM Vertrag des BDOC e.V.

Verträge



Allgemeines zur Abgabe der Teilnahmeerklärung jedes Augenarztes

Die Teilnahme des Augenarztes ist freiwillig. Jeder Augenarzt erklärt seine Teilnahme am Vertrag einzeln. Bei der Teilnahme von angestellten Augenärzten ist zusätzlich die Unterschrift des MVZ-Leiters bzw. des anstellenden Arztes notwendig.

Stammdaten des Augenarztes

Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit am _____ (1.JJJJ)

- Einzelpraxis
- MVZ
- Berufsausübungsgemeinschaft
- ermächtigte Einrichtung
- Angestellter Augenarzt bei/im:

_____ (Name des Augenarztes bzw. der BAG/des MVZ/des Krankenhauses)

Praxisneugründung ab _____

Praxisübernahme ab _____

Praxisübernahme von _____
(Name des früheren Praxisinhabers und Praxissitz)

LANR: _____

BSNR: _____

BSNR gültig ab: _____

Nr. _____

Titel, Nachname

Vorname

Straße/ Hausnummer, PLZ/Ort _____		Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Telefon: _____ Fax: _____
Persönliche/vertragliche E-Mail-Adresse (incl. Passwortübermittlung) _____	persönliche / Notfall-Rufnummer des Teilnehmers (Mobilfunk) _____	
E-Mail-Adresse Ansprechpartner _____	Internetpräsenz: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA www. _____	
Ansprechpartner nicht ärztliches Assistenz- personal/Praxismanager _____	ggf. persönliche Durchwahl / Praxis-Manager _____	

Bankverbindung (Die Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden)	
BLZ: _____	Kreditinstitut: _____
Kontonummer: _____	Kontoinhaber: _____
IBAN _____	BIC _____

Erklärungen zur Teilnahme als augenchirurgisch tätiger Augenarzt am o.g. IVOM Vertrag:

Bitte kreuzen Sie eine der beiden Alternativen an:

- Hiermit erkläre ich, dass ich bereits an einem IVOM Vertrag des BDOC teilnehme und die entsprechenden Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages erfülle und ich diese ggü. dem BDOC bereits nachgewiesen habe.
- Ich nehme noch **NICHT** an einem IVOM Vertrag des BDOC teil.
Bitte setzen Sie sich zur Abklärung / Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen mit mir bzw. dem angegebenen Ansprechpartner in Verbindung.

Weiterhin erkläre ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen zur Kenntnis genommen habe, ich mit den vertraglichen Regelungen einverstanden bin, ich die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages erfülle, und dass ich meine vertraglichen Pflichten einhalte.
- über folgende Datenerhebungs-, -Verarbeitungs- und -Nutzungs-Vorgänge informiert bin und einverstanden bin, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der zur Administration und Abrechnung benötigten Daten durch die BDOC Plus AG erfolgt. (Für BDOC Plus gilt das Sozialgeheimnis im Sinne des § 35 SGB I.) Nach Bestätigung meiner Teilnahme erhält die Krankenkasse meine personenbezogenen Daten (z.B.: LANR, BSNR, Name, Vorname, Geschlecht, Titel, Anschrift und vertragsbezogene Daten (z.B.: Teilnahmebeginn, Teilnahmeende, Teilnahmestatus)
- einverstanden bin und mir bekannt ist, dass die BDOC Plus AG aus den von mir übermittelten Leistungsdaten (augenchirurgische Behandlung, mit Diagnose und Kosten) den Abrechnungsnachweis erstellt und die Abrechnungsdaten prüft sowie diese der Krankenkasse zu Abrechnungszwecken, Prüfbelangen und für das Qualitäts- und Kostencontrolling zur Verfügung stellt.
- einverstanden bin, dass mein Name und Praxisanschrift (bzw. Ort) einschließlich Telefonnummer auf der Portalseite www.ivom-portal.de veröffentlicht werden.
- die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten unter Einhaltung der relevanten Festlegungen der Sozialgesetzbücher, des Bundesdatenschutzgesetzes und anderer anzuwendender Datenschutzvorschriften und Gesetze erfolgen.

Ich versichere, dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbefugnis im Rahmen dieses Vertrages sind.

Mir ist bekannt, dass die Auszahlung der Vergütungspauschalen abzüglich eines Abzugs für Verwaltungskosten auf die ärztliche Leistung in Höhe von 3% inkl. gesetzlicher Umsatzsteuer erfolgt.

Datum

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Arztpraxis

Datum

Ggf. Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ
bzw. anstellender Arzt

Stempel Arztpraxis

Beitrittserklärung

des Arztes/ der Einrichtung zur IVOM Vereinbarung zwischen AOK Hessen und GFIV als Bevollmächtigte des BDOC

Hiermit beteilige ich mich an **der Vereinbarung über die Behandlung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneinbringung** zwischen der AOK Hessen und der GFIV als Bevollmächtigte des BDOC.

1. Ich bin Facharzt/ Fachärztin für Augenheilkunde und mir sind die Informationen zur Vereinbarung mit den Anlagen durch die Anlage zu dieser Beitrittserklärung bekannt und zugänglich gemacht worden.
2. Ich erfülle die Voraussetzungen zum Beitritt zu dieser Vereinbarung.
3. Die Vereinbarung erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
4. Alle von mir durchgeführten Leistungen zur Versorgung eines Versicherten der AOK Hessen nach dieser Vereinbarung werden über die AOK Hessen und die GfIV oder einem von diesen beauftragten Dritten abgerechnet.
5. Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine angemessene Verwaltungskostenumlage für die Abrechnung erhoben werden kann.

Ich erkläre mich durch die Abgabe dieser Beitrittserklärung mit folgenden Datenerhebungs- und Verarbeitungs- und Nutzungsvorgängen einverstanden:

- Mir ist bekannt, dass die GFIV den Abrechnungsdienstleister BDOC Plus AG, Müllerstr. 27, 80469 München mit der Abrechnung meiner Leistungen nach dieser Vereinbarung gemäß § 295a Abs. 1 SGB V beauftragt hat.
- Ich bin gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der vertragsgegenständlichen Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt an die BDOC Plus AG zu übermitteln.
- Meine in dieser Beitrittserklärung angegebenen persönlichen Angaben werden von der BDOC Plus AG zur Durchführung dieser Vereinbarung erhoben, verarbeitet und genutzt.

Angaben: (bitte in Blockschrift ausfüllen!)

Name der Praxis/ Einrichtung

IK (Institutionskennzeichen)

Name teilnehmender operierender Arzt

LANR

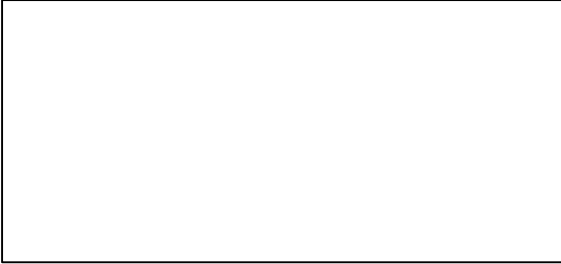
Der Beitritt erfolgt zum _____.

(Die unterzeichnete Beitrittserklärung muss vor Beginn des Beitrittsdatums bei der GFIV vorliegen.)

Die von mir/uns im Rahmen dieser Vereinbarung genutzten Operationsstandorte sind:

1. _____
Adresse BSNR
2. _____
Adresse BSNR
3. _____
Adresse BSNR

Mir ist bekannt, dass nur die in dieser Beitrittserklärung benannten Betriebsstätten auch zu einer Abrechnung im oben beschriebenen Verfahren berechtigt sind.



Ort, Datum

Unterschrift Arzt mit Vertragsarztstempel