

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	
<p>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.</p>	
Stammdaten des Augenarztes	
<p><input type="radio"/> Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit am _____ (JJJJ)</p> <p><input type="radio"/> Einzelpraxis</p> <p><input type="radio"/> MVZ</p> <p><input type="radio"/> Berufsausübungsgemeinschaft</p> <p><input type="radio"/> ermächtigte Einrichtung</p> <p><input type="radio"/> Angestellter Augenarzt bei/im:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Name des Augenarztes bzw. der BAG/des MVZ)</p> <p><input type="radio"/> Praxisneugründung ab _____</p> <p><input type="radio"/> Praxisübernahme ab _____</p> <p>Praxisübernahme von _____</p> <p style="text-align: center;">(Name des früheren Praxisinhabers und Praxissitz)</p>	<p>LANR: _____</p> <p>BSNR: _____</p> <p>BSNR gültig ab: _____</p> <p>NE: _____</p>
<p>Titel, Nachname</p> <p>_____</p>	<p>Vorname</p> <p>_____</p>

Straße, Hausnummer, PLZ/Ort _____		Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
		Telefon: _____
		Fax: _____
Persönliche/vertrauliche 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.

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.

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.

Datum

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Arztpraxis

Datum

Ggf. Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ
bzw. anstellender Arzt

Stempel Arztpraxis

Teilnahmeantrag des Vertragsarztes

Hiermit beteilige ich mich an dem Vertrag gemäß § 140a SGB V über die augenärztliche ambulante Behandlung von Patienten mit der feuchten Maculadegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF Hemmern zwischen dem BDOC / VoA und der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland.

1. Ich bin Facharzt/ Fachärztin für Augenheilkunde und mir sind die Informationen zum Vertrag mit den Anlagen bekannt und zugänglich. Den Vertrag erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
2. Ich habe die notwendigen Unterlagen zur Teilnahme an dem Vertrag beigelegt:
 - a. Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V zur Durchführung operativer Leistungen und zur Erbringung von Intravitrealen Injektionen nach EBM.
 - b. Teilnahmebescheinigung an einem Kurs gemäß PDT-Qualitätssicherungsvereinbarung / alternativ: 4 - stündiger Kurs zur Behandlung der feuchten Maculadegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF Hemmern (IVOM) anerkannt durch die Fachgesellschaften/Qualitätssicherungskommission
 - c. Bescheinigung des Haftpflichtversicherers über das Vorliegen des Haftungseinschlusses von ausgeeinzeltm Ranibizumab und Bevacizumab in die Arzthaftung bei der Behandlung u.a. der feuchten altersbedingten Maculadegeneration.
 - d. Bescheinigungen der kooperierenden Apotheke über Pharmahaftung und ggf. Herstellungserlaubnis.
 - e. Bescheinigung über die selbstständige Durchführung von 500 intraokularen Eingriffen Lebenszeit und aktuell 100 intraokulare Eingriffe jährlich mind. 2 Jahre vor Vertragsbeginn - alternativ 100 intravitreale Eingriffe
 - f. Bescheinigung über die selbstständige Auswertung von 200 Fluoreszenzangiographien (FLA) zur Differentialdiagnostik AMD oder pathologischer Myopie oder 500 FLA des Augenhintergrundes

Die Anforderungen zu e und f erfülle ich. Die entsprechenden Nachweise erbringe ich auf Anfrage der Vertragspartner oder der Qualitätssicherungskommission.

3. Alle von mir durchgeführten Leistungen für eine teilnehmende Patientin / einen teilnehmenden Patienten dieses Vertrages werden mit der mir von den Vertragspartnern benannten Abrechnungsstelle abgerechnet.
4. Ich stelle sicher, dass für die Betreuung der Patienten im Rahmen der Nachsorge nach Durchführung einer intravitrealen operativen Medikamentengabe die Ziffern 06334 und 06335 nicht parallel über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden. Erfolgen parallele Abrechnungen, so ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, der BDOC / VoA oder die AOK berechtigt, die auf dieser Grundlage beanstandeten Zahlungen ohne zeitliche Beschränkung in entsprechender Höhe gegen unstreitige gegenüber den fraglichen, teilnehmenden Leistungserbringern bestehende Forderungen aufzurechnen.

Teilnehmender niedergelassener Facharzt:

Datum, Ort

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Vertragsarzt