

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	
BARMER	
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 der 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: _____ (MM.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>_____ (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>_____ (Name des früheren Praxisinhabers und Praxissitz)</p>	<p>LANR: _____</p> <p>BSNR: _____</p> <p>BSNR gültig ab: _____</p> <p>_____</p>
<p>Titel, Nachname _____</p>	<p>Vorname _____</p>

Strassennummer, 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 Assistenzpersonal/Praxismanager _____	ggf. persönliche Durchwahl / Praxis-Manager _____	

Bankverbindung (Die Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden)	
BLZ: _____	Kreditinst. _____
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) 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.



Datum

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Arztpraxis



Datum

Ggf. Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ
bzw. anstellender Arzt

Stempel Arztpraxis

**Zusätzliche Vereinbarung (Verpflichtungserklärung) für teilnehmende Operateure
des BARMER / BDOC – IVOM Vertrages**

Ich versichere, dass ich die baulichen und apparativen Voraussetzungen gem. § 6 des Vertrages selbst oder durch Beauftragung und die persönlichen Voraussetzungen selbst vollständig erfülle und dies auf Anforderung jederzeit erneut belege.

Als Vertragsteilnehmer verpflichte ich mich zur Umsetzung der Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages in der jeweils aktuellen Fassung, insbesondere verpflichte ich mich,

- die Leistungen unter Beachtung der jeweils relevanten Leitlinien, Stellungnahmen sowie Empfehlungen der Fachgesellschaften zu erbringen. Meine ärztliche Therapiehoheit bleibt unberührt.
- interessierte Versicherte über Art, Umfang und Risiken der geplanten Behandlung umfassend zu informieren und zu beraten.

Weiterhin verpflichte ich mich gem. § 9 des Vertrages zur vollständigen und lückenlosen Dokumentation der erbrachten Leistungen gem. § 630 f BGB und nach Maßgabe der Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung. Die vollständige Dokumentation ist jederzeit nachvollziehbar in der Patientenakte verfügbar. Auf Anforderung von BDOC / BDOC Plus AG werde ich die Dokumentation zu Zwecken der Qualitätskontrolle inklusive der zur Feststellung der Indikation vorgenommenen bildgebenden Verfahren (FLA /SD-OCT) mit den notwendigen Leeraufnahmen und Schnitten zur Verfügung stellen.

Ich versichere, dass ich 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 abrechnen werde.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme ohne Einhaltung einer Frist beendet werden kann, wenn festgestellt wird, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an diesem Vertrag nicht vorgelegen haben, nicht mehr vorliegen oder sonstige ausreichend wichtige Gründe für eine Beendigung gegeben sind. Im Übrigen endet meine Teilnahme zeitgleich mit Beendigung dieses Vertrages zwischen BDOC und BARMER.

Über die (ärztliche) Dokumentation gemäß § 9 hinaus verpflichte ich mich,

- ✓ alle Leistungen (Pauschale Behandlung, Nachsorge, SD-OCT Verlaufskontrolle gemäß Anlage 4 ausschließlich online über das Portal www.ivom-portal.de abzurechnen sowie weitere zur Abrechnung notwendige Unterlagen zeitnah an die BDOC Plus AG zu übersenden.
- ✓ Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten jeweils zum Monatsende an die BDOC Plus AG maschinell ausgefüllt und unterschrieben im Original zu übersenden.

Mir ist bekannt, dass die Auszahlung der Vergütungspauschalen gemäß Anlage 4 abzüglich eines Abzugs für Verwaltungskosten auf die ärztliche Leistung in Höhe von 3 % inkl. gesetzlicher Umsatzsteuer erfolgt.



Datum, Ort

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Arztpraxis

**Zur erstmaligen Teilnahme an einem BDOC / IVOM Vertrag einzureichende Nachweise
(entfällt, wenn Sie bereits am BARMER Vertrag (oder einem sonstigen BDOC Vertrag teilnehmen))**

Die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Vertrag liegen vor:

- a. Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V zur Durchführung operativer Leistungen.
- b. Teilnahmebescheinigung an einem Kurs gemäß PDT-Qualitätssicherungsvereinbarung /alternativ: 4 - stündiger Kurs zur Behandlung der feuchten Makuladegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (IVOM) anerkannt durch BDOC/ die Fachgesellschaften/ Qualitätssicherungskommission wird vorgelegt.
- c. Bescheinigung des Haftpflichtversicherers über das Vorliegen des Haftungseinschlusses von off-label Therapie mit ausgereiztem Ranibizumab, Aflibercept und Bevacizumab in die Arzthaftung bei der Behandlung u.a. der feuchten altersbedingten Makuladegeneration wird vorgelegt.
- d. Bescheinigungen der kooperierenden Apotheke über Einschluss des Risikos in die Betriebshaftpflichtversicherung wird vorgelegt.
- e. 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



Datum, Ort

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Arztpraxis