

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 _____ (1.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 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>Nr. _____</p> |
| <p>Titel, Nachname _____</p> | <p>Vorname _____</p> |

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

Teilnahmeerklärung des Facharztes

Teilnahmeerklärung des Facharztes für Augenheilkunde am Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels IVOM zwischen der DAK-Gesundheit, dem BDOC und der BDOC Plus AG (Vertragsnummer:121A12DA002)

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels IVOM zwischen der DAK-Gesundheit, dem BDOC und der BDOC Plus AG.

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich an keinem anderen Vertrag nach § 140a SGB V über die IVOM-Versorgung mit der DAK-G teilnehme und die Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen, insbesondere die §§ 4 und 5 des Vertrages sowie Anlage 3, zur Kenntnis genommen habe und verpflichte mich, diese entsprechend zu erfüllen.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf der Homepage der DAK-G zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

Datum, Ort

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Vertragsarzt