

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

Techniker Krankenkasse

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 _____ (M.JJJJ)

LANR: _____

Einzelpraxis

MVZ

BSNR: _____

Berufsausübungsgemeinschaft

ermächtigte Einrichtung

Angestellter Augenarzt bei/im:

BSNR gültig ab: _____

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

Praxisneugründung ab _____

Praxisübernahme ab _____

Praxisübernahme von

(Name des früheren Praxisinhabers und Praxissitz)

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 Augenarztes / der Augenärztin

Verpflichtungserklärung für Teilnehmer am Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Eingabe (IVOM) von VEGF-Hemmern, Dexamethason oder Fluocinolonacetonid zwischen TK und BDOC

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des IVOM-Vertrages zwischen der TK und dem BDOC informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele und -inhalte sind mir bekannt. Den IVOM-Vertrag sowie die entsprechenden Anlagen lasse ich gegen mich gelten.

Ich versichere, dass ich die baulichen und apparativen Voraussetzungen gem. § 7 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. §§ 8, 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 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 elektronisch zur Verfügung stellen.

Ich versichere, dass bei Abrechnung nach diesem Vertrag eine weitere Abrechnung nach EBM (§ 12 Abs. 13 des Vertrages) ausgeschlossen ist. Auch für die Betreuung der Patienten im Rahmen der Nachsorge nach Durchführung einer intravitrealen operativen Medikamentengabe werde ich die Ziffern 06334 und 06335 nicht parallel über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Darüber hinaus bestätige ich, dass ich für Leistungen, die ich nicht selbst durchführe (Nachbehandlung, Durchführung SD-OCT) sondern durch einen nachbehandelnden Augenarzt durchgeführt werden, den für die jeweilige Leistung entfallenden Betrag ggf. abzüglich der vom Abrechnungsdienstleister einbehaltenen Verwaltungskostenpauschale an den nachbehandelnden Augenarzt auskehre.

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 TK.

Mir ist bekannt, dass alle vertraglichen Leistungen nach Maßgabe des Vertrages, insbesondere § 12, elektronisch über einen von mir beauftragten Abrechnungsdienstleister, abgerechnet werden. Dieser Abrechnungsdienstleister verpflichtet sich gegenüber TK und BDOC zur Einhaltung der maßgeblichen vertraglichen Regelungen betreffend Dokumentation, Abrechnung und Datenschutz.

Angabe des Abrechnungsdienstleisters:

Ich verpflichte mich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten im Original bis drei Jahre nach der Kündigung [nach der Einschreibung] des Patienten aufzubewahren.

Datum, Ort

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Vertragsarzt

Weitere Angaben Bevollmächtigter des Krankenhausträgers/gesetzlicher Vertreter des MVZ

Nachname

Vorname

LANR

IK (sofern vorhanden)

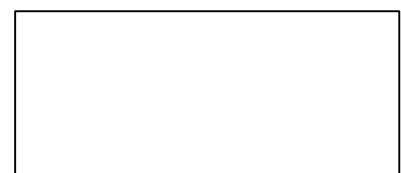
Unterschrift Bevollmächtigter des Krankenhausträgers/gesetzlicher Vertreter des MVZ

Hinweis: Bei Teilnahme mehrerer Vertragsärzte in einer BAG muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines fachlich tätigen Vertragsarztes in einem MVZ muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden. Bei Teilnahme eines Krankenhauses muss die Teilnahmeerklärung vom Krankenhausarzt und einem Bevollmächtigten des Krankenhausträgers unterzeichnet werden.

Zur erstmaligen Teilnahme am IVOM-Vertrag zwischen TK und BDOC einzureichende Nachweise:
(entfällt, wenn Sie bereits am TK IVOM-Vertrag (oder einem sonstigen BDOC IVOM-Vertrag teilnehmen))

Die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Vertrag liegen vor:

- a. Facharzt für Augenheilkunde.
- b. Fachliche Befähigung sowie bauliche, apparativ-technische und organisatorische Voraussetzungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) in der jeweils geltenden Fassung.
- c. Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V zur Durchführung operativer Leistungen.
- d. 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.
- e. Bescheinigung der Haftpflichtversicherung über Haftungseinschluss von off-label- Therapie mit ausgeeinzeltem Ranibizumab, Aflibercept und Bevacizumab in die Arzthaftung bei der Behandlung u. a. der feuchten altersbedingten Makuladegeneration wird vorgelegt.
- f. Bescheinigungen der kooperierenden Apotheke über Einschluss des Risikos in die Betriebshaftpflichtversicherung wird vorgelegt.
- g. Selbstständige Durchführung von 500 intraokularen Eingriffen Lebenszeit und aktuell 100 intraokulare Eingriffe jährlich mind. zwei Jahre vor Vertragsbeginn – alternativ 100 intravitreale Eingriffe.
- h. Bescheinigung über die selbstständige Auswertung von 200 Fluoreszenzangiographien (FLA) zur Differentialdiagnostik AMD oder pathologischer Myopie oder 500 FLA des Augenhintergrundes.
- i. Nachweis des Vorhandenseins eines SD-OCT sowie Nachweis des Könnens der selbstständigen Durchführung und Befundung im Falle der Abrechnung des Diagnostikums.



Datum, Ort

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Vertragsarzt