

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)

LANR: _____

Einzelpraxis

MVZ

BSNR: _____

Berufsausübungsgemeinschaft

ermächtigte Einrichtung

Angestellter Augenarzt bei/im:

BSNR gültig ab: _____

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

Nr. _____

Praxisneugründung ab _____

Praxisübernahme ab _____

Praxisübernahme von

(Name des früheren Praxisinhabers und Praxissitz)

Titel, Nachname

Vorname

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) 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.

Datum

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Arztpraxis

Datum

Ggf. Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ
bzw. anstellender Arzt

Stempel Arztpraxis



Anlage 5

1. Vereinbarung (Verpflichtungserklärung) für teilnehmende Operateure des BKK/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.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 2 Absatz 4 nicht an mehreren Verträgen zur IVOM Versorgung mit derselben Betriebskrankenkasse teilnehmen kann.

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 keine in Zusammenhang mit der IVOM stehenden EBM Ziffern für die Betreuung der Patienten im Rahmen der Operation und Nachsorge 06334 und 06335, 31371, 31372, 31373, 31502, 31821, 31716, 31717, 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 des Rahmenvertrages zwischen BKK und BDOC.

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

- ✓ alle Leistungen (Pauschale Behandlung, Nachsorge, SD-OCT Verlaufskontrolle gemäß Anlage 3 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 3 abzüglich eines Abzugs für Verwaltungskosten auf die ärztliche Leistung in Höhe von 3 % inkl. gesetzlicher Umsatzsteuer erfolgt.



Datum, Ort

Unterschrift teilnehmender Vertragsarzt

Stempel Arztpraxis



Anlage 5:

2. Beitrittserklärung zum BKK Rahmenvertrag

Zur erstmaligen Teilnahme an einem BDOC / IVOM Vertrag einzureichende Nachweise

Die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Vertrag liegen vor:

a. Ich bin

- niedergelassener operierender Augenarzt mit Kassenzulassung und Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V zur Durchführung operativer Leistungen. Vorlage der Nachweise entfällt, wenn Sie bereits am BKK Vertrag (vor 01.10.2015) oder einem sonstigen BDOC Vertrag teilnehmen.
- Ich bin Facharzt für Augenheilkunde, angestellt in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V. Ich bestätige, dass ich die vertraglichen Regelungen zur Kenntnis genommen habe, insbesondere §7 Abs. 11. Danach verpflichten sich die im Krankenhaus angestellten und am Vertrag teilnehmenden Augenärzte, das Notfallmanagement nach IVOM-Komplikationen bei Bedarf für andere vertragsteilnehmende Augenoperateure zu übernehmen. (Nachweise sind einzureichen)
- 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 oder die IVOM Genehmigung gem. Qualitätssicherungsvereinbarung IVM gem § 135 Abs. 2 SGB V.
- c. Bescheinigung des Haftpflichtversicherers über das Vorliegen des Haftungseinschlusses von off-label Therapie mit ausgeeinzeltem Ranibizumab, Aflibercept und Bevacizumab in die Arzthaftung bei der Behandlung u.a. der feuchten altersbedingten Makuladegeneration.
- d. Bescheinigungen der kooperierenden Apotheke über Einschluss des Risikos in die Betriebshaftpflichtversicherung.
- 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