



BDOC Plus AG
Vertragswesen
Postfach 15 01 09
80042 München
Deutschland

Teilnahmeerklärung -

Vertrag zur besonderen ambulanten augenärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Behandlung von Patienten mittels intravitrealer Eingabe von VEGF Hemmern

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit heutigem Datum habe mich als **nicht operativ tätiger Facharzt für Augenheilkunde** im Rahmen oben genannter Verträge online registriert. Zur Vervollständigung der Registrierung, sende ich Ihnen hiermit wie vereinbart die Teilnahmeerklärung mit Anlagen unterschrieben zurück.

Mir ist bewusst, dass zur Abrechnung meiner vertraglichen Leistungen, die Verwendung und Speicherung der von mir eingegebenen Stammdaten und Bewegungsdaten erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass meine eingegebenen Daten für die Administration und Abwicklung des Versorgungsvertrages in Unternehmenssoftware der BDOC Plus AG zum Zwecke der Abrechnung des jeweiligen Vertrages gespeichert und verarbeitet werden und für die vertraglichen Zwecke an berechnigte Dritte weitergegeben werden können.

Zudem stimme ich der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten wie Praxis Name, Arzt Name, Anschrift, Telefonnummer und Unternehmens-Webseite auf Webseiten des BDOC zu.

Mit freundlichen Grüßen,

X

Unterschrift

Titel Vorname Name in Druckbuchstaben: _____

BDOC Plus AG | Postfach 15 01 09 | 80042 München

An die / den
Teilnehmende Fachärztin,
Teilnehmenden Facharzt
für Augenheilkunde

Teilnahmeerklärung - Hinweise

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Jeder Facharzt für Augenheilkunde erklärt seine Teilnahme am Vertrag zur besonderen ambulanten augenärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V einzeln und für sich selbst, damit zusammenhängend die Registrierung, um Leistungen abrechnen zu können, ebenso einzeln und für sich selbst.

Sind Sie angestellter Facharzt für Augenheilkunde, ist zusätzlich zu Ihrer Unterschrift, die Unterschrift Ihres leitenden Vorgesetzten wie Bevollmächtigter Krankenhausträger, gesetzlicher Vertreter MVZ oder des anstellenden Arztes notwendig. Wir bitten Sie, die Unterlagen zur Teilnahmeerklärung auszudrucken und diese postalisch im Original und unterschrieben an die angegebene Anschrift zu senden.

Sobald wir Ihre Unterlagen vollständig erhalten und geprüft haben, wird Ihr online Kundenkonto aktiviert und Sie erhalten im letzten Schritt der Registrierung, über Ihre E-Mail Adresse, die Sie angegeben haben, getrennt Information, wie Sie Ihr Passwort für das Kundenkonto setzen können.

Danach ist Ihr Kundenkonto aktiv und Sie können sich einloggen sowie Patientinnen und Patienten mit vertragsgegenständlichen Leistungen online dokumentieren.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme und die Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem Team. Sollten Sie Rückfragen haben oder weitere Informationen benötigen, steht Ihnen unsere Kundenbetreuung jederzeit gerne unter „Kontakt“ auf unseren Webseiten zur Verfügung.

Vielen Dank! - Ihr BDOC Plus Team

Teilnahmeerklärung - nicht operativ tätiger Facharzt für Augenheilkunde

TEILNAHME AN VERTRÄGEN MIT FOLGENDEN KRANKENKASSE/N		
 AOK Bayern		
STAMMDATEN FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE		
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
TITEL		
NAME		
VORNAME		
GEBURTSDATUM		
LANR		
E-MAIL - PERSÖNLICH	vertraulich - auch zur Übermittlung von Passwörtern zu verwenden	
TELEFON MOBIL - PERSÖNLICH	Notfall Rufnummer des Arztes	
BEGINN TÄTIGKEIT IN ANSTELLUNG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BANKVERBINDUNG		
IBAN	Vergütungen sollen auf dieses Bankkonto überwiesen werden	
BIC		
BANK NAME		
KONTOINHABER		
STAMMDATEN AUGENÄRZTLICHE EINRICHTUNG		
BEZEICHNUNG		
RECHTSFORM	Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, ermächtigte Einrichtung, MVZ	
BSNR		

BSNR gültig ab	
NSBNR	
PRAXIS NEUGRÜNDUNG	TT.MM.JJJJ
PRAXIS ÜBERNAHME	TT.MM.JJJJ
PRAXIS ÜBERNAHME VON	Name bisheriger Inhaber der Einrichtung, Sitz der Einrichtung
STRASSE, HAUSNR.	
PLZ, ORT	
BUNDESLAND	
TELEFON	
TELEFAX	
WEB	
STAMMDATEN WEITERE PERSONEN	
NAME - ANSPRECHPARTNER	vertraulich – nicht-ärztliches Assistenzpersonal, Praxismanager
E-MAIL - ANSPRECHPARTNER	vertraulich – autorisiert Fragen zu Leistungen und Zahlungen zu erhalten/stellen
TELEFON - ANSPRECHPARTNER	Mit Durchwahl – autorisiert Fragen zu Leistungen und Zahlungen zu erhalten/stellen
SONSTIGE ANGABEN	
SD-OCT Hersteller	
SD-OCT Typ	
SD-OCT S/N	
SD-OCT Baujahr	
SD-OCT Standort	
SD-OCT Name	
INFORMATIONSSYSTEM Hersteller	

ERNEUTE ÜBERMITTLUNG DATEN
 NICHT ERFORDERLICH -
 BITTE UNTERSCHREIBEN

QUALITÄTS- MANAGEMENT- SYSTEM	
NAME	Mitarbeiter verantwortlich für Aufbereitung der Instrumente
VORNAME	Mitarbeiter verantwortlich für Aufbereitung der Instrumente
NAME	Hauptpflichtversicherung
NAME	Unternehmen Einkauf Arzneimittel

ERNEUTE ÜBERMITTLUNG DATEN
NICHT ERFORDERLICH -
BITTE UNTERSCHREIBEN

ALLGEMEINES ZUR ABGABE DER TEILNAHMEERKLÄRUNG

Meine Teilnahme ist freiwillig. Ich in meiner Funktion als Facharzt für Augenheilkunde erkläre meine Teilnahme an weiter oben genanntem/n Vertrag/Verträgen zur besonderen ambulanten augenärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V einzeln und für mich selbst - damit zusammenhängend die Registrierung um Leistungen abrechnen zu können, ebenso einzeln und für mich selbst.

Sind Sie angestellter Facharzt für Augenheilkunde, ist zusätzlich zu Ihrer Unterschrift die Unterschrift Ihres MVZ-Leiters oder des anstellenden Arztes notwendig.

BESTÄTIGUNG DES FACHARZTES FÜR AUGENHEILKUNDE

Hiermit bestätige ich und erkläre hiermit,

- dass ich die vertraglichen Regelungen zur Kenntnis genommen habe und ich mit den vertraglichen Regelungen einverstanden bin, ich die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages, soweit diese die von mir erbrachten Leistungen betreffen, erfülle, und dass ich entsprechend meine vertraglichen Pflichten einhalte.
- dass ich über folgende Datenerhebungsvorgänge, Datenverarbeitungsvorgänge und Datennutzungsvorgänge informiert und einverstanden bin, dass die Erhebung, Verarbeitung Nutzung und Speicherung der zur Administration und Abrechnung benötigten Daten durch die BDOC Plus AG erfolgt. Für die BDOC Plus AG gilt es das Sozialgeheimnis im Sinne des § 35 SGB I. einzuhalten. Nach Bestätigung meiner Teilnahme erhalten Krankenkassen meine personenbezogenen Daten wie LANR, BSNR, Name,

Vorname, Geschlecht, Titel, Anschrift und vertragsbezogene Daten wie Teilnahmebeginn, Teilnahmeende und Teilnahmestatus.

- dass mir bekannt ist, dass die BDOC Plus AG aus den von mir übermittelten Leistungsdaten den Abrechnungsnachweis erstellt und die Abrechnungsdaten prüft sowie diese der Krankenkasse zu Abrechnungszwecken, Prüfbelangen und für das Qualitätsmanagement und Kostencontrolling zur Verfügung stellt.
- dass ich einverstanden bin, dass mein Name und Praxisanschrift auf Webseiten der BDOC Plus AG veröffentlicht werden können.
- dass die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten unter Einhaltung der relevanten Festlegungen der Sozialgesetzbücher, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung und etwaiger anderer anzuwendender Datenschutzvorschriften und Gesetze erfolgen.
- dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend und richtig sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbefugnis im Rahmen dieses Vertrages sind.
- dass ich einverstanden bin, dass die Auszahlung der Vergütungspauschalen abzüglich eines Abzuges für Verwaltungskosten auf ärztliche Leistungen in Höhe von 3,0 % inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer erfolgt.
- dass ich verpflichtet bin, dem Operateur mitzuteilen, dass ich dem Vertrag beigetreten bin und meine Leistungen selbst abrechne. Die Weiterleitung von Vergütungen des Operateurs für meine erbrachten Leistungen entfällt in diesem Fall.

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Vertragsarzt
Ort, Datum	 Unterschrift gesetzlicher Vertreter	 Stempel Einrichtung



AOK Bayern

Voraussetzungen und Pflichten aus der Teilnahme am Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung der AOK Bayern

1 Teil 1: Teilnahmevoraussetzungen

1.1 Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- Facharzt für Augenheilkunde mit Zulassung / Ermächtigung bzw. angestellter Arzt in MVZ bzw. Mitglied in BAG oder ermächtigte Einrichtung
- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V

1.2 Praxisausstattung

Alle nachfolgend aufgeführten Mindestausstattungen müssen bereits zu Beginn der Teilnahme und für die gesamte Dauer der Teilnahme durch mich beziehungsweise in der BAG / im MVZ / in der ermächtigten Einrichtung vorgehalten werden und nutzbar sein

- Telefax (Computerfax oder Faxgerät), Internetzugang (DSL) und Vorhaltung einer E-Mail-Adresse
- ein von der gematik GmbH zugelassenes stationäres oder mobiles Kartenterminal als technische Voraussetzung für den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte
Mit welchem zugelassenen stationären oder mobilen Kartenterminal ist Ihre Praxis ausgestattet?



AOK Bayern

Bitte genaue Bezeichnung angeben:

-
- Ausstattung mit einem zertifizierten Arztinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem)

1.3 Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung der Verlaufskontrolle IVI

Nachsorgend tätige Augenärzte sind zur Durchführung und Abrechnung der Verlaufskontrolle IVI nur dann berechtigt, sofern sie zusätzlich zu den in 1.1 und 1.2 genannten Voraussetzungen entweder einen SD-OCT vorhalten oder den Zugang (Kooperation) zu einem SD-OCT nachweisen. Augenärzte, die einen SD-OCT vorhalten, müssen zudem die selbstständige Durchführung und Befundung von mindestens 250 OCT des hinteren Augenabschnittes nachweisen. Wird der Zugang durch eine Kooperation sichergestellt, muss der am Vertrag teilnehmende Augenarzt sicherstellen, dass der die Verlaufskontrolle IVI im Rahmen der Kooperation durchführende Augenarzt über die entsprechende Qualifikation (Durchführung und Befundung von mind. 250 OCT des hinteren Augenabschnittes) verfügt.



AOK Bayern

1.4 Erklärungen zur Teilnahme an diesem Vertrag

Ich erkläre, dass ich

- den Vertrag zur Kenntnis genommen habe und somit umfassend über meine Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag informiert bin.
- die unter 1.1 gelisteten persönlichen Teilnahmevoraussetzungen erfülle und auch über meine gesamte Vertragsteilnahme hinweg erfüllen werde.
- über die unter 1.2 gelistete Mindestausstattung verfüge und auch über meine gesamte Vertragsteilnahme hinweg verfügen werde.
- sofern ich die Verlaufskontrolle IVI erbringen bzw. abrechnen werde, die in 1.3 gelisteten Voraussetzungen erfülle und über meine gesamte Vertragsteilnahme erfüllen werde.
- meine Pflichten, die sich aus dem SGB V ergeben, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot nach den §§ 2, 12 und 70 SGB V, einhalten werde.
- das Medizinproduktegesetz und die Medizinproduktebetrieiberverordnung einhalten werde.
- § 106a SGB V gegen mich gelten lasse.
- die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die Regelungen des Sozialgesetzbuches in der jeweils gültigen Fassung einhalten werde.
- keine weiteren Vergütungen im Zusammenhang mit dem Behandlungsfall fordern bzw. entgegennehmen werde. Mir ist bewusst, dass mittelbare oder unmittelbare Zuwendungen aller Art, die Leistungen nach diesem Vertrag betreffen – auch durch die Industrie – unzulässig sind und zu meinem Ausschluss vom Vertrag führen (zum Beispiel Zuwendungen für Anwendungsbeobachtungen).



AOK Bayern

Aus qualitativen Gesichtspunkten verpflichte ich mich, dass ich

- die ärztlichen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages ausschließlich persönlich und im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, dem Vertragsarztrecht und unter Beachtung der ärztlichen Sorgfaltspflicht erbringen werde. Ausgenommen vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung sind die ärztlichen Leistungen, die im Rahmen der Pauschale Verlaufskontrolle erbracht werden, sofern der Zugang zum SD-OCT über eine nachweisbare Kooperation sichergestellt wird.
- die Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erfülle auch künftig erfüllen und gegenüber dem Vertragspartner nachweisen werde.
- die ärztlichen Leistungen vollständig elektronisch anhand der Dokumentationsformulare über BDOC Portale dokumentieren werde.
- In enger Abstimmung mit dem operierenden Arzt zum Wohle des Patienten kooperieren werde. Insbesondere verpflichte ich mich, sofern ich zur Abrechnung der Pauschale Verlaufskontrolle berechtigt bin, mich mit dem operierenden Augenarzt über Durchführung und Abrechnung der Verlaufskontrolle abzustimmen, um die Validität der Verlaufskontrolle sicherzustellen. Ich bin mir darüber bewusst, dass sofern bei einem Patienten eine Abrechnung der Pauschale Verlaufs-kontrolle sowohl durch den Operateur als auch durch den nachsorgenden Augenarzt, lediglich die Pauschalen vergütet werden, die durch den Operateur in Rechnung gestellt wurden



AOK Bayern

Aus administrativen Gesichtspunkten erkläre ich, dass ich

- die Anfragen des Vertragspartners wahrheitsgemäß und vollständig beantworten werde.
- den Vertragspartner unverzüglich informieren werde, sobald die Voraussetzungen für die Teilnahme am Vertrag bzw. die abgegebenen Eigenerklärungen nicht mehr erfüllt sind.
- den Vertragspartner unverzüglich bei allen Änderungen innerhalb der Praxisstruktur (z.B. Verlegung des Praxissitzes, Praxisübergabe, Zusammenlegung von Praxen) und bei Änderungen der Arztstammdaten informieren werde.
- den Schnittstellenstandard S3C der gevko, sobald dieser Softwarestandard in den unterschiedlichen Praxisverwaltungssystemen oder Arztinformationssystemen angeboten wird, nutzen werde.

Versichertenbezogen verpflichte ich mich, dass ich

- für den Fall, dass der Versicherte innerhalb des Vertrages den Arzt wechselt, die patientenrelevanten Informationen und Dokumente unverzüglich an den neu gewählten Arzt weitergeben werde, sobald dieser die Unterlagen anfordert und der Versicherte der Übermittlung zustimmt.

Folgende Nachweise füge ich dem Teilhabeantrag bei

- Nachweis der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen des Fünfjahreszeitraumes nach § 95d Abs. 6 S. 2 SGB V. Dies gilt nicht für neu niedergelassene Vertragsärzte. Während der Teilnahme ist jeweils der aktuellste Nachweis an den Vertragspartner zu übermitteln



AOK Bayern

Voraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung der Verlaufskontrolle IVI (Optional)

- Nachweis über die selbstständige Durchführung und Befundung von 250 OCT des hinteren Augenabschnitts (optional)
- Nachweis über den Zugang zu einem SD-OCT (optional)



AOK Bayern

2 Teil 2: Allgemeine Informationen

2.1 Teilnahmebeginn

Meine Teilnahme beginnt bei Vorliegen aller Teilnahmevoraussetzungen und soweit die AOK die Zustimmung nicht nach § 9 Abs. 7 des Vertrages verweigert, zu dem Zeitpunkt, der im Bestätigungsschreiben genannt ist (in der Regel der Tag der Absendung des Schreibens).

2.2 Abrechnung und Vergütung

Mir ist bekannt, dass

- alle Zahlungen des Vertragspartners unter dem Vorbehalt der späteren Berichtigung, insbesondere im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung durch die AOK erfolgen.
- vom Vertragspartner geprüft wird, ob die Versorgung der Versicherten wirtschaftlich erfolgt. Inhalt und Umfang der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Maßnahmen bei Unwirtschaftlichkeit sind in Anlage 7 geregelt.
- ich § 106aSGB V gegen mich gelten lasse.
- die AOK Bayern die zu zahlende Vergütung und die Medikamentenkosten mit befreiender Wirkung an den Vertragspartner zahlt. Die Zahlung der Vergütung und der Medikamentenkosten an die einzelnen Augenärzte erfolgt ausschließlich durch den Vertragspartner.
- ein Anspruch auf die pauschale Vergütung für die Nachbehandlung und die Verlaufskontrolle mittels SD-OCT nur bei vollständiger und elektronisch (online) übermittelter Dokumentation besteht.
- eine Geltendmachung meines Vergütungsanspruchs nach Ablauf von 9 Monaten ausgeschlossen ist und diese Frist mit dem Schluss des auf das Leistungsquartal folgenden Quartals beginnt.



AOK Bayern

- ich die vertraglich vereinbarten Leistungen mit dem Vertragspartner abrechnen kann und alle übrigen erbrachten ärztlichen Leistungen an teilnehmenden Versicherten Bestandteil des Kollektivsystems sind und ausschließlich im Rahmen der Kollektivabrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns abgerechnet werden.
- der Vertragspartner im Fall der Kündigung meiner Teilnahme am Vertrag von meinem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung meiner Teilnahme einen Sicherungseinbehalt in Höhe von 20 % vornimmt. Der Sicherungseinbehalt, der vom Abrechnungsbetrag einbehalten wird, kann vom Vertragspartner nicht mit Forderungen von anderen Augenärzten verrechnet werden, sondern dient ausschließlich der Befriedigung eventueller Rückforderungsansprüche der AOK Bayern mir gegenüber. Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehaltes nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der AOK Bayern bereits erloschen ist, durch den Vertragspartner an mich ausgezahlt. Darüber hinaus bestehende Rückzahlungsansprüche bleiben unberührt

2.3 Teilnahmeende und Kündigung

Mir ist bekannt, dass

- ich meine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber dem Vertragspartner beenden kann. Mein Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.
- der Vertrag und seine Anlagen von den Vertragspartnern –soweit vergaberechtlich zulässig -jederzeit geändert oder ergänzt werden können. Sofern ich von den Änderungen bzw. Ergänzungen betroffen bin, kann ich meine Teilnahme schriftlich innerhalb von einem Monat nach Mitteilung über die Vertragsänderung zum



AOK Bayern

Quartalsende beenden. Andernfalls gelten die Änderungen des Vertrages als von mir genehmigt.

- der Vertragspartner berechtigt und verpflichtet ist, meine Teilnahme am Vertrag mit Wirkung zum Ende des jeweiligen Quartals zu beenden, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen bzw. die vertraglichen Pflichten nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle bzw. diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung durch den Vertragspartner nicht innerhalb von vier Wochen beseitige. Die Möglichkeit einer sofortigen Beendigung meiner Teilnahme aus wichtigem Grund durch den Vertragspartner bleibt unberührt.
- der Vertragspartner verpflichtet ist, mich von der weiteren Teilnahme mit sofortiger Wirkung auszuschließen, sofern meine Teilnahme für die AOK unzumutbar geworden ist. Dies gilt insbesondere bei strafrechtlich relevantem Verhalten oder beleidigenden, herabsetzenden oder diffamierenden Äußerungen über die AOK, deren Organe oder Mitarbeiter, die geeignet sind, das Ansehen der AOK, deren Organe oder Mitarbeiter zu schädigen.
- meine Teilnahme am Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem der Vertrag - gleich aus welchem Rechtsgrund - zwischen der AOK und dem Vertragspartner endet.
- meine Teilnahme automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem der Zulassungsschuss durch Beschluss meine vertragsärztliche Zulassung nach § 95 Abs. 5 SGB V zum Ruhen gebracht bzw. beendet oder entzogen hat.
- meine Teilnahme am Vertrag beendet werden kann, wenn ich Qualitätssicherungsnachweise nicht liefere oder andere Vorschriften nicht einhalte.



AOK Bayern

2.4 Vergütung

Ich erkläre mich mit Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung einverstanden, dass die vertraglichen ärztlichen Leistungen gemäß Anlage 10 (Vergütungsregelung für teilnehmende Ärzte) vergütet wird. Die Verwaltungskostenpauschale wird im Rahmen der Abrechnung vom Vertragspartner einbehalten.

2.5 Einwilligung in Datenverarbeitung und Datennutzung

Ich bin über folgende Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgänge informiert und erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit Folgendem einverstanden:

- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der im Zusammenhang mit der Teilnahme und Abrechnung benötigten Daten erfolgt durch den Vertragspartner. Für den Vertragspartner gilt das Sozialgeheimnis im Sinne des § 35 SGB I.
- Nach Bestätigung meiner Teilnahme am Vertrag durch den Vertragspartner erhält die AOK Bayern meine personenbezogenen Daten (z.B.: LANR, Arztgruppenschlüssel, BSNR, Name, Vorname, Geschlecht, Titel, Straße, Postleitzahl, Land, Ort) und vertragsbezogene Daten (z.B.: Vertragsnummer, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende, Endgrund, Teilnahmestatus) mindestens einmal wöchentlich im Arztteilnahmeverzeichnis übermittelt.
- Der Vertragspartner erstellt aus den von mir übermittelten Leistungsdaten den Abrechnungsnachweis und prüft die Abrechnung. Diese Daten übermittelt der Vertragspartner der AOK Bayern zu Abrechnungszwecken, Prüfbelangen und für das Qualitäts- und Kostencontrolling.
- Mein Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer sowie die Praxisstrukturmerkmale werden in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf den Websites der AOK Bayern, der Online Arztsuche AOK Arztnavigator (www.aok-arztnavi.de) und auf den Portalseiten des Vertrages veröffentlicht.



AOK Bayern

- Die AOK Bayern informiert ihre teilnehmenden Versicherten, die mich als Augenarzt gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme am Vertrag.

Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt unter Einhaltung der relevanten Festlegungen der Sozialgesetzbücher, des Bundesdatenschutzgesetzes, des Bayerischen Datenschutzgesetzes (BayDSG) und anderer anzuwendender Datenschutzvorschriften und Gesetze.

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.

UNTERSCHRIFT		
Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Vertragsarzt
Ort, Datum	 Unterschrift gesetzlicher Vertreter	 Stempel Einrichtung