



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,

ich bin bereits Teilnehmer eines BDOC IVOM-Vertrags. Die Unterlagen und Zulassungsdokumente liegen Ihnen hierzu bereits vor. Mit heutigem Datum beantrage ich verbindlich meine Teilnahme an dem in den folgenden Seiten genanntem weiteren Vertrag. Die in diesem Vertrag und seinen Anlagen getroffenen Regelungen erkenne ich uneingeschränkt an.

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 berechnete Dritte weitergegeben werden können.

Zu dem 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: _____

Name der medizinischen Einrichtung 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 Sie 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 und Patienten und 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 - operativ tätiger Facharzt für Augenheilkunde

TEILNAHME AN VERTRÄGEN MIT FOLGENDEN KRANKENKASSE/N		
 AOK Hessen		
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 und gegebenenfalls auf Webseiten von Krankenkassen 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.

UNTERSCHRIFT

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



GFIV



AOK Hessen

Beitrittserklärung des Arztes zur IVOM Vereinbarung zwischen AOK Hessen und GFIV als Bevollmächtigte des BDOC

Hiermit beteilige ich mich an der Vereinbarung über die Behandlung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneinbringung zwischen der AOK Hessen und der GFIV als Bevollmächtigte des BDOC.

- Ich bin Facharzt / Fachärztin für Augenheilkunde und mir sind die Informationen zur Vereinbarung mit den Anlagen durch die Anlage zu dieser Beitrittserklärung bekannt und zugänglich gemacht worden.
- Ich erfülle die Voraussetzungen zum Beitritt zu dieser Vereinbarung.
- Die Vereinbarung erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
- Alle von mir durchgeführten Leistungen zur Versorgung eines Versicherten der AOK Hessen nach dieser Vereinbarung werden über die AOK Hessen und die GfIV oder einem von diesen beauftragten Dritten abgerechnet.
- Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine angemessene Verwaltungskostenumlage für die Abrechnung erhoben werden kann.

Ich erkläre mich durch die Abgabe dieser Beitrittserklärung mit folgenden Datenerhebungs- und Verarbeitungs- und Nutzungsvorgängen einverstanden:

- Mir ist bekannt, dass die GFIV den Abrechnungsdienstleister BDOC Plus AG mit der Abrechnung meiner Leistungen nach dieser Vereinbarung gemäß § 295a Abs. 1 SGB V beauftragt hat.





AOK Hessen

- Ich bin gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der vertragsgegenständlichen Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt an die BDOC Plus AG zu übermitteln.
- Meine in dieser Beitrittserklärung angegebenen persönlichen Angaben werden von der BDOC Plus AG zur Durchführung dieser Vereinbarung erhoben, verarbeitet und genutzt.

STAMMDATEN FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE	
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
TITEL	
NAME	
VORNAME	
GEBURTSDATUM	
LANR	
STAMMDATEN AUGENÄRZTLICHE EINRICHTUNG	
BEZEICHNUNG	
INSTITUTIONS- KENNZEICHEN	
SONSTIGE ANGABEN	
Die von mir/uns im Rahmen dieser Vereinbarung genutzten Operationsstandorte sind:	
BSNR	Adresse
BSNR	Adresse
BSNR	Adresse



AOK Hessen

BEITRITT		
Die unterzeichnete Beitrittserklärung muss vor Beginn des Beitrittsdatums bei der GFIV vorliegen		
BEITRITT ZUM	Datum	
UNTERSCHRIFT		
Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Vertragsarzt