



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 | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  DAK | | |
| 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 |

DAK

Teilnahmeerklärung des Facharztes



Teilnahmeerklärung des Facharztes für Augenheilkunde am Vertrag 121A12DA002 zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels IVOM zwischen der DAK-Gesundheit, BDOC e.V. und BDOC Plus AG

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-Gesundheit 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.

| UNTERSCHRIFT | | |
|--------------|--|--|
| Ort, Datum |  Unterschrift Teilnehmer |  Stempel Vertragsarzt |