



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

ERNEUTE ÜBERMITTLUNG DATEN
 NICHT ERFORDERLICH -
 BITTE UNTERSCHREIBEN

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

HKK

Teilnahmeerklärung des Facharztes

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels IVOM zwischen der Techniker und dem BDOC e.V. und beantrage die Teilnahme für den/die Bereich/e:

TEILNAHME AN	
<input type="checkbox"/> Nachsorge	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle mittels Spectral Domain OCT (SD-OCT)
	Hersteller
	Typ/Modell
	Seriennummer
	Anschaffungsdatum oder Rechnungsdatum
	Standort
	Interner Name



Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Ich bin **nicht** operativ tätige/r Fachärztin / Facharzt für Augenheilkunde und mir sind die Informationen zum Vertrag – insbesondere § 4 und § 5 – einschließlich der Anlagen zugänglich und bekannt. Den Vertrag erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
2. Alle von mir durchgeführten Leistungen für eine teilnehmende Patientin oder teilnehmenden Patienten werden über die BDOC Plus AG als Abrechnungsgesellschaft abgerechnet. Die dazu notwendigen Daten liefere ich ausschließlich digital und online.
3. Ich stelle sicher, dass für die Nachsorge oder Verlaufskontrolle von Patientinnen und Patienten, die an diesem Vertrag teilnehmen, im Rahmen einer intravitrealer Medikamenteneingabe keine Gebührensätze parallel über andere Abrechnungsgesellschaften oder Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden oder Patientinnen und Patienten vor mir direkt eine Abrechnung erhalten.

HKK

Erfolgen seitens des Teilnehmers parallele Abrechnungen, so sind die Vertragspartner berechtigt, die auf der Grundlage beanstandeten Zahlungen ohne zeitliche Beschränkung in voller Höhe zurückzufordern oder mit bestehenden unstrittigen Forderungen zu verrechnen und mich aus dem Vertrag auszuschließen.

4. Ich stimme der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf den Webseiten der Krankenkasse, des BDOC e.V und BDOC Plus AG zum Zwecke der Versicherteninformation zu.
5. Ich verpflichte mich, auf Anforderung der Qualitätssicherungskommission zur digitalen Übersendung geforderter Dokumentationen – eingeschlossen sind Rohdaten von Volumenscans dokumentierter Verlaufskontrollen – an die Abrechnungsgesellschaft oder die Qualitätssicherungskommission.
6. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

UNTERSCHRIFT		
Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Einrichtung