



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 | |
|---|--|
|  IKK classic | |
| STAMMDATEN FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE | |
| GESCHLECHT | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| TITEL | |
| NAME | |
| VORNAME | |
| GEBURTSDATUM | |
| LANR | |
| E-MAIL - PERSÖNLICH | <small>vertraulich - nicht 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> |

| | |
|---|--|
| 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 SYSTEM 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 |

IKK classic

Teilnahmeerklärung des Facharztes

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels IVOM zwischen der IKK classic und dem BDOC e.V. Die Inhalte des Vertrages einschließlich der Anlagen sind mir bekannt und zugänglich. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Mir ist bekannt, dass ich im Rahmen dieses Vertrages die Nachsorgen und Verlaufskontrollen erbringen kann. Ich bestätige, die folgenden fachlichen sowie apparativ-technischen Anforderungen zu erfüllen bzw. über die folgenden Befähigungen zu verfügen:

- **Nicht** operativ tätiger Facharzt für Augenheilkunde und gemäß § 95 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, gemäß § 116 b ermächtigt oder in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V tätig
- Gerät zur Spektral-Domänen Optischen Kohärenztomografie (SD- OCT) oder höherwertig
- Nachweis über selbstständige Indikationsstellung und Befundung von 200 OCT-Untersuchungen

Ich beantrage die Teilnahme am Vertrag für den Bereich:

| 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

Hinweis: Bei Anforderung der Qualitätssicherungskommission verpflichte ich mich zur elektronischen Übersendung der geforderten Dokumentationen einschließlich der



IKK classic

Rohdaten Volumenscan der einbezogenen Verlaufskontrollen an den Abrechnungsdienstleister beziehungsweise den Administrator der Qualitätssicherung.

Ich verpflichte mich gemäß § 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. Ich versichere, dass ich für die Betreuung der Patienten im Rahmen der IVOM-Behandlung keine Leistungen gegenüber den Versicherten, der Kassenärztlichen Vereinigung oder über andere Verträge abrechnen werde, die in Anlage 5 aufgeführt sind.

Alle von mir durchgeführten Leistungen zugunsten teilnehmender Versicherter werden über die BDOC Plus AG als Abrechnungsgesellschaft abgerechnet. Die dazu notwendigen Daten liefere ich ausschließlich digital und online. Mir ist bekannt, dass die Auszahlung der Vergütungspauschalen gemäß Anlage 5 abzüglich eines Abzugs für Verwaltungskosten auf die ärztliche Leistung erfolgt.

Meine Teilnahme ist freiwillig und ich kann diese jederzeit schriftlich gegenüber dem BDOC e.V. / BDOC Plus AG kündigen. 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 dieses Vertrages zwischen der IKK classic und dem BDOC e.V.

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