



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 berechnigte 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		
  <b>IKK classic</b>		
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	
<b>STAMMDATEN WEITERE PERSONEN</b>	
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
<b>SONSTIGE ANGABEN</b>	
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

IKK classic

## Teilnahmeantrag des Vertragsarztes

---

Hiermit beteilige ich mich an dem Vertrag gemäß § 140a SGB V zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneingabe der IKK classic und BDOC



1. Ich bin Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde und mir sind die Informationen zum Vertrag mit den Anlagen bekannt und zugänglich. Den Vertrag erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
2. Ich habe die notwendigen Unterlagen zur Teilnahme an dem Vertrag beigefügt:
  - Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V zur Durchführung operativer Leistungen und zur Erbringung von intravitrealen Injektionen nach EBM.
  - Teilnahmebescheinigung an einem Kurs gemäß PDT-Qualitätssicherungsvereinbarung / alternativ: 4-stündiger Kurs zur Behandlung der feuchten Makuladegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF Hemmern (IVOM) anerkannt durch die Fachgesellschaften / Qualitätssicherungskommission
  - Bescheinigung des Haftpflichtversicherers über das Vorliegen des Haftungseinschlusses von ausgeeinzelttem Ranibizumab und Bevacizumab in die Arzthaftung bei der Behandlung.
  - Bescheinigungen der kooperierenden Apotheke über Pharmahaftung und ggf. Herstellungserlaubnis.
  - Bescheinigung über die selbstständige Durchführung von 500 intraokularen Eingriffen Lebenszeit und aktuell 100 intraokulare Eingriffe jährlich mindestens 2 Jahre vor Vertragsbeginn - alternativ 100 intravitreale Eingriffe, soweit nicht bereits in anderen Verträgen zur intravitrealen Medikamenteneingabe nachgewiesen

## IKK classic

- Bescheinigung über die selbstständige Auswertung von 200 Fluoreszenzangiographien (FLA) zur Differentialdiagnostik AMD oder pathologischer Myopie oder 500 FLA des Augenhintergrundes, soweit nicht bereits in anderen Verträgen zur intravitrealen Medikamentengabe nachgewiesen

Die Anforderungen erfülle ich. Die entsprechenden Nachweise habe ich beigelegt.

- Alle von mir durchgeführten Vertragsleistungen für eine teilnehmende Patientin oder einen teilnehmenden Patienten dieses Vertrages werden direkt mit der abrechnenden Stelle abgerechnet.

STAMMDATEN FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE		
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
TITEL		
NAME		
VORNAME		
GEBURTSDATUM		
LANR		
STAMMDATEN AUGENÄRZTLICHE EINRICHTUNG		
BEZEICHNUNG		
INSTITUTIONS- KENNZEICHEN		
UNTERSCHRIFT		
Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Vertragsarzt