

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme - am Vertrag zum Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen (ARMIN) - gegenüber den Vertragspartnern.

1. Ich bin umfassend über den Inhalt des Vertrages informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten sind mir bekannt und ich erkenne diese vollumfänglich an.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 9 des Vertrages erfüllen muss.
 - meine Teilnahme mit dem Datum der Einschreibung beginnt und von mir mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVT durch mich zum Quartalsende gekündigt werden kann, wenn ich von der Änderung oder Ergänzung betroffen bin und ich deshalb die Teilnahme beenden will (Sonderkündigungsrecht).
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch mit der Beendigung oder dem Entzug meiner vertragsärztlichen Zulassung oder mit dem Ende meiner Zulassung in der Versorgungsregion endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - meine Teilnahme durch mich aus wichtigem Grund - mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende - schriftlich gekündigt werden kann.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem dieser Vertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
 - mir gegenüber meine Teilnahme an diesem Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann,
 - bei Fehlabrechnungen, es sei denn, es handelt sich um einen Einzelfall oder ein entschuldbares Versehen,
 - wenn ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme an diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVT nicht innerhalb der Frist beseitige oder wenn ich in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstoße.
 - die Entscheidung über den Ausschluss der Vertragsbeirat trifft und mir vor dem Ausschluss die Gelegenheit zu geben ist, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.
 - mit Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag der Zugriff auf den IT-gestützten Medikationsplan deaktiviert wird.
 - der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
 - die Abrechnung der Vergütungen im Rahmen der normalen GKV-Quartalsabrechnung quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
 - die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
3. Des Weiteren verpflichte ich mich, dass ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste und bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.
4. Hiermit bestätige ich, dass meine Praxis bzw. mein Sitz sich im Freistaat Thüringen befindet.
5. Ich werde der KVT unverzüglich mitteilen, wenn ich die genannten Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfülle oder sich Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Bankverbindung oder Telefonnummer) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner und auf einem internetbasierten Informationsportal der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer Evaluation teilzunehmen.