



Antrag auf Teilnahme
an der Modellvereinbarung
gemäß §§ 63 und 64 ff. SGB V zur Fernbehandlung

Antragsteller/-in:
(bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG- Vertretungsberechtigte)

Leistungserbringer/-in:
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ärztliche Tätigkeit
(wenn noch nicht vorhanden)
als Facharzt für:

Tätigkeit im Rahmen einer:

- Niederlassung
- Angestelltentätigkeit

Wohnort
(nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KVS erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

KIM- Adresse*:

Mobilfunknummer**:

* Pflichtangabe (Voraussetzung für Teilnahme)

** optionale Angabe (um Benachrichtigung über einen neuen Fernbehandlungstermin per SMS erhalten zu können)

Die Teilnahme wird für folgende Betriebsstätte/n erklärt:

1. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse:

2. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse:

3. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse:

Erklärung des/der Antragstellers(in)

Mit Abgabe der Teilnahmeerklärung wird die Teilnahme an der Modellvereinbarung zur Fernbehandlung, die Erfüllung der erforderlichen (qualitativen) Teilnahmevoraussetzungen sowie die Einhaltung der Rechte und Pflichten der in dieser Vereinbarung, insbesondere in § 3 Absatz 3, getroffenen Bestimmungen erklärt.

Der Antragsteller willigt in die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten zur Durchführung der Teilnahme am Vertrag sowie in die Bekanntgabe seiner Praxisdaten (BSNR, LANR, Titel, Name, Vorname, Praxisanschrift, Teilnahmebeginn) im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen ein.

optional: Meine Kontaktdaten können anderen am Vertrag teilnehmenden Ärzten zur Kontaktaufnahme und zum fachlichen Austausch zur Verfügung gestellt werden.

Es wird mit Abgabe erklärt, dass:

- in die Arzthaftpflichtversicherung auch der Risikofaktor „Fernbehandlung“ eingeschlossen wurde
- während des gegenüber der KV Sachsen genannten Zeitfensters (gemäß § 2 Abs. 1) für eine Teilnahme am eTerminservice Fernbehandlung zur Verfügung gestanden wird,
- der Versicherte zeitnah, in der Regel innerhalb von 30 Minuten, persönlich telefonisch oder zukünftig per Videotelefonie angerufen wird,
- bei während der Fernbehandlung festgestellter medizinischer Erforderlichkeit dem Versicherten ein je nach Dringlichkeit zeitnaher persönlicher Vorstellungstermin angeboten wird bzw. ein Termin bei dem nachfolgend genannten vertragsärztlichen Vertreter (optional gemäß Anlage) vermittelt wird,
- bei während der Fernbehandlung festgestellter medizinischer Erforderlichkeit einer Folgebehandlung bzw. Untersuchung eines Arztes eines weiteren fachärztlichen Versorgungsbereiches ein Überweisungsschein ausgestellt und der Versicherte entsprechend vermittelt wird, es sei denn, der Versicherte gibt an, sich selbst um einen Termin zu bemühen. Die TSS wird über die Überweisung informiert.
- die Fernbehandlung im Praxisverwaltungssystem dokumentiert wird sowie
- im Rahmen der verpflichtenden Evaluationsteilnahme an einer Datenlieferung mitgewirkt wird.

Vertragsärztlicher Vertreter:

Name, Vorname

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon/Fax: **E-Mail:**

KIM- Adresse:

Die Teilnahme am Vertrag beginnt mit Posteingang der Teilnahmeerklärung bei der KV Sachsen. Der Antragsteller erhält eine Eingangsbestätigung.

Die Leistungen werden im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung unter Angabe der jeweiligen Abrechnungsnummer gegenüber der KV Sachsen abgerechnet. Die Regelungen der Abrechnungsordnung der KV Sachsen in der jeweils aktuellen Fassung gelten sinngemäß. Weiterhin gelten die KV-internen Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung hinsichtlich der Fristen für die Abgabe der Abrechnung sowie die Auszahlung der Honorare. Im Falle einer nachträglich festgestellten Umsatzsteuerpflicht verstehen sich die Vergütungen als Bruttobeträge, aus denen die anfallende Umsatzsteuer zu tragen ist.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Der Antrag ist ohne Unterschrift/Stempel gültig.

Anlage zur Teilnahmeerklärung zur optionalen Benennung von weiteren Vertretern:

Name, Vorname

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon/Fax: E-Mail:

KIM- Adresse:

Name, Vorname

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon/Fax: E-Mail:

KIM- Adresse:

Name, Vorname

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon/Fax: E-Mail:

KIM- Adresse:

Name, Vorname

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon/Fax: E-Mail:

KIM- Adresse: