

Teilnahmeerklärung DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ



Erklärung zur Teilnahme am Vertrag Diabetisches Fußsyndrom (DFS Sachsen)

nach § 73a SGB V
zwischen der AOK PLUS
und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS)

**Diese Teilnahmeerklärung und der Anhang per
Fax an Ihre zuständige Bezirksgeschäftsstelle
der KVS senden.**

Wichtige Hinweise:

Bei Teilnahme mehrerer Mitglieder von Gemeinschaftspraxen an diesem Vertrag muss jedes beantragende Mitglied dieser Gemeinschaftspraxis eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Fachärzten oder MVZ-Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Facharztes und des anstellenden Vertragsarztes bzw. des Leiters des MVZ auf dieser Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich.

Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der, Adresse, Bankverbindung, Betriebsstättennummer) sind unverzüglich schriftlich der KVS mitzuteilen.

Praxisart (Bitte ankreuzen):

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft MVZ

Stammdaten der teilnehmenden diabetologischen Fußambulanz (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Titel										LANR										BSNR									
Nachname										Vorname																			
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)																													
PLZ										Ort																			
Telefon															Fax														
Anstellender Arzt/Leiter des MVZ:																													
Titel										Nachname										Vorname									
ggf. Name MVZ																													

Folgende Praxisausstattung wird in meiner Praxis/durch die Praxis vorgehalten:

- BMV-Ä zertifizierte Praxissoftware, Drucker und Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät)
- Vorhandensein eines zertifizierten AIS mit IT-Vertragsschnittstelle gemäß Anlage 4 des Vertrages **oder**
- die Beschaffung des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle unter Berücksichtigung der Übergangslösung der gemäß Anlage 4 des Vertrages
- Vorhandensein des KV-SafeNet **oder**
- die Beschaffung des KV-SafeNet unter Berücksichtigung der Übergangslösung gemäß Anlage 4 des Vertrages

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass

- ich die in § 5a definierten Teilnahmevoraussetzungen und insbesondere die Anforderungen an den Versorgungsverbund gem. § 11a erfülle,
- ich mich
 - zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages Diabetisches Fußsyndrom Sachsen, insbesondere der umseitig beschriebenen Rechte und Pflichten, verpflichte und diese akzeptiere;
 - zum Einsatz eines zertifizierten AIS mit IT-Vertragsschnittstelle nach den Maßgaben des Vertrages verpflichte.

Datum

_____._____.20____

.....
Unterschrift der teilnehmenden Diab. Fußambulanz

Stempel der Diabetologischen Fußambulanz

Datum

_____._____.20____

.....
Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/
Leiters des MVZ

Stempel des MVZ

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Diabetisches Fußsyndrom Sachsen gegenüber der KVS.

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages Diabetisches Fußsyndrom Sachsen 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 entsprechend dem Vertrag nach § 5a in Verbindung mit der Anlage 4 erfüllen muss.
 - meine Teilnahme vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung beginnt und die Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVS zum Quartalsende gekündigt werden kann.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVS 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, der Rückgabe, dem Ruhen oder dem Entzug der vertragsärztlichen Zulassung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, sollte ich mit Ablauf der in der Anlage 4, II. Abschnitt, genannten Fristen zum verpflichtenden Einsatz des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle bzw. zur verpflichtenden Anbindung an das KV-SafeNet deren Vorhandensein nicht gegenüber der KVS nachgewiesen haben. In diesem Fall bedarf es keiner schriftlichen Kündigung oder Ausschlusses.
 - 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 durch die KVS mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann (Ausschluss), wenn
 - ich die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 5a nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVS nicht innerhalb angemessener Frist beseitige;
 - ich Fehlabrechnungen vornehme;
 - ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVS 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 die Vertragskommission gemäß § 18 vorbereitet und mir vor dem Ausschluss die Gelegenheit gegeben wird, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern.
 - der Vergütungsanspruch gegenüber der KVS besteht und die Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag quartalsweise gegenüber der KVS zu erfolgen hat (Anlage 7a).
 - die KVS die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der AOK PLUS abrechnet (Anlage 7b).
 - der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt und dieser am Tag der Leistungserbringung bei der AOK PLUS versichert ist.
 - bei Teilnahme einer Gemeinschaftspraxis/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der Gemeinschaftspraxis/einzelnen angestellten Facharzt zusteht.
 - meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen der AOK PLUS zur Verfügung gestellt und von dieser zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden.
 - sich der vorliegende Vertrag als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung versteht und soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung finden. Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen insoweit die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und die von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisse zwischen Vertragsarzt und Patient. Deren Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und dessen Sinn und Zweck entspricht. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung verbleibt beim jeweils koordinierenden VERTRAGSARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen. Die VERTRAGSÄRZTE haften nicht für die Leistungen der jeweils anderen VERTRAGSÄRZTE. Der Versorgungsverbund bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB und die selbständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE bei der Versorgung der Versicherten zusammen.
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 Sachsen befindet.
5. Ich werde die KVS unverzüglich informieren, wenn ich die in § 5a genannten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle oder sich sonstige Angaben wie Anschrift, Betriebsstättennummer (BSNR), Bankverbindung oder Praxisart.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der KVS und der AOK PLUS einverstanden: Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Versicherte der AOK PLUS und Ärzte bereit.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer Evaluation nach § 26 teilzunehmen, sofern diese im Rahmen des Vertrages Diabetisches Fußsyndrom Sachsen durchgeführt wird und die ggf. damit verbundenen Dokumentationen durchzuführen.