Teilnahmeerklärung Osteologe („OSTEOproaktiv“)

Erklärung zur Teilnahme am „Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a ff. SGB V zur Prävention von osteoporose-assoziierten Refrakturen im Alter (OSTEOproaktiv)“ zwischen der AOK PLUS, dem Bund der Osteologen Sachsen e. V. und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e. G. (HÄVG) unterstützt durch den Sächsischen Hausärzteverband e. V.

Per Post an:
AOK PLUS, Datenzentrum, 09099 Chemnitz

Wichtige Hinweise:
Bei Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jedes Mitglied einer Gemeinschaftspraxis eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme von MVZ-Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Arztes und des ärztlichen Leiters auf dieser Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich.
Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Arzt-KV-Nummer, Adresse, Bankverbindung) sind unverzüglich schriftlich der HÄVG mitzuteilen.

Praxisart (Bitte ankreuzen):
☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ

Stammdaten des teilnehmenden Arztes (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Titel | Arztnummer

Betriebsstättennummer | Betriebsstättennummer | Betriebsstättennummer

Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift**)

PLZ | Ort

Telefon | Fax

Bankverbindung (**BEI MITGLIEDERN VON GEMEINSCHAFTSPRAXEN: NUR EINE KONTOVERBINDUNG ZULÄSSIG)** (Vergütung auf folgendes Konto)

BLZ | Kreditinstitut

Kontonummer | Kontoinhaber

Hiermit erkläre/n ich/wir verbindlich meine/unsere Teilnahme an dem Vertrag „OSTEOproaktiv“ gegenüber der AOK PLUS.

1. Ich/Wir bin/sind umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages „OSTEOproaktiv“ informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die Rechte und zu beachtenden Pflichten sind mir/uns bekannt und ich/wir erkenne/n diese an.
2. Mir/Uns ist insbesondere bekannt, dass
   - die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich/wir die Teilnahmevoraussetzungen nach § 5 Abs. 2 erfüllen muss/müssen.
   - die Teilnahme mit dem Tag des Zugangs der schriftlichen Bestätigung meiner Einschreibung der AOK PLUS beginnt.
   - die Teilnahme mit einer Frist von drei Monaten schriftlich zum Ende eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden kann.
   - die Teilnahme an dem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von vier Wochen ab Bekanntgabe durch den Bund der Osteologen Sachsen e. V. zum Quartalsende gekündigt werden kann, wenn ich/wir als Facharzt von der Änderung oder Ergänzung betroffen bin/sind und ich/wir deshalb die Teilnahme beenden will/wollen.
   - ich/wir bei Nichteinhaltung der vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme durch ein Lenkungsgremium der Vertragspartner ausgeschlossen werden kann/können.
   - ich/wir für die Erfüllung der Aufgaben aus „OSTEOproaktiv“ eine Vergütung erhalte/n (§ 14 Abs. 3).
   - die Abrechnung der Vergütungen gem. § 16 Abs. 5 quartalsweise gegenüber der AOK PLUS durchzuführen ist.
   - Voraussetzung für die Zahlung der Vergütung ein Institutionskennzeichen ist, dass ich/wir beantragen muss/müssen.
   - der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt und am Tag der Behandlung bei der AOK PLUS versichert ist.
   - bei Teilnahme einer Gemeinschaftspraxis die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser und nicht jedem einzelnen Mitglied der Gemeinschaftspraxis zusteht.
   - bei Teilnahme eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur diesem und nicht dem einzelnen angestellten Arzt zusteht.
   - die AOK PLUS zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben berechtigt ist, Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen.
   - meine/unsere Daten zum Zwecke der Erfassung meiner/unserer Teilnahme und Abrechnung der von mir/uns erbrachten Leistungen der AOK PLUS und dem/den von der AOK PLUS beauftragten Dienstleistungsunternehmen zur Verfügung gestellt und von diesen zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.
   - der Behandlungsvertrag mit dem Patienten mit mir/uns zustande kommt und die medizinische Verantwortung bei mir/uns liegt.
3. Des Weiteren verpflichte/n ich/wir mich/uns, dass ich/wir die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste/n und bei meiner/unserer 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/n und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe/n.
4. Hiermit bestätige/n ich/wir, dass
   - meine/unsere Praxis bzw. mein/unser Sitz sich im Freistaat Sachsen befindet.
   - die Bezeichnung „Osteologe DVO“ führen dürfen darf oder den Tätigkeitsschwerpunkt Osteologie und über fünf Jahren aktive Teilnahme am Qualitätszirkel Osteologie durch eine Bestätigung vom Bund der Osteologen Sachsen e.V. nachweisen kann (Bestätigung ist beizufügen)
   - Mitglied im Bund der Osteologen Sachsen e.V. bin
5. Ich/Wir werde/n die AOK PLUS unverzüglich informieren, wenn ich/wir die unter Ziffer 4 genannten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle/n oder sonstige Angaben wie Anschrift, Arzt- KV-Nummer, Bankverbindung oder Praxisart sich ändern.
6. Ich/Wir bin/sind mit der Veröffentlichung folgender Angaben im Verzeichnis über die Osteologen gem. § 15 Abs. 2 einverstanden: Name, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer, Fachgruppe, Arzt-KV-Nummer. Weiterhin erkläre/n ich/wir mich/uns mit der Weitergabe des Verzeichnisses an Ärzte und Versicherte der AOK PLUS bereit.
7. Darüber hinaus erkläre/n ich/wir mich/uns gem. § 5 Abs. 2 bereit,
   - an einer Evaluation nach § 19 teilzunehmen, sofern diese im Rahmen von „OSTEOproaktiv“ durchgeführt wird.
   - an einem zwischen den Vertragspartnern konzipierten Datenaustausch teilzunehmen.

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages „OSTEOproaktiv“ ,auch soweit diese hier nicht aufgeführt sind, und bestätige/n dies durch meine/unsere Unterschrift.

Stempel der Arztpraxis

Datum __.__.____

Unterschrift des teilnehmenden Arztes
(und des ärztlichen Leiters bei MVZ)