



**Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag OsteoporosePLUS Sachsen gegenüber den Vertragspartnern.**

1. Ich bin umfassend über den Inhalt des Vertrages OsteoporosePLUS 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 des Vertrages nach § 2 erfüllen muss.
  - meine Teilnahme mit dem Datum der Einschreibung beginnt und mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVS gekündigt werden kann.
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch mit der Beendigung oder dem vollständigen Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. des/der anstellenden Arztes/Einrichtung oder der Beendigung meiner Anstellung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses seitens der Vertragspartner bedarf.
  - 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.
  - ich meine Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVS zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vertragsänderung kündigen kann, wenn ich von der Änderung oder Ergänzung nachteilig betroffen bin und ich deshalb die Teilnahme beenden will (Sonderkündigungsrecht) und der Vertrag nur in der jeweils geänderten Fassung fortgeführt werden kann und diese an die Stelle der bisherigen Fassung tritt und diese ersetzt.
  - mir gegenüber meine Teilnahme an diesem Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann, wenn
    - ich die Teilnahmebedingungen gemäß § 2 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVS nicht innerhalb angemessener Frist beseitige,
    - ich Fehlrechnungen im Rahmen dieses Vertrages vornehme oder
    - ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme an diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Mangel 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 KVS trifft und mir vor dem Ausschluss die Gelegenheit zu geben ist, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern. Für die Wirksamkeit der Kündigung ist es ausreichend, dass die Kündigung durch die KVS erklärt wird.
  - die Kündigung mir gegenüber zur Beendigung meiner Vertragsteilnahme mit Wirkung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern führt.
  - die Vergütung nach Maßgabe der Bestimmungen des Vertrages und gemäß Anlage 5 erfolgt.
  - mit der Vergütung alle vertraglich aufgeführten Leistungen abgegolten sind. Weitergehende ärztliche Leistungen, die nicht Gegenstand dieses Versorgungsvertrages sind, werden über den EBM vergütet.
  - ich nach Maßgabe der Anlage 5 gegenüber der KVS Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertrags- und ordnungsgemäß nach Maßgabe dieses Vertrages erbrachten und abgerechneten Leistungen habe.
  - der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn der Versicherte am Tag der Leistungserbringung am Vertrag teilnimmt (eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt) und bei der AOK PLUS versichert ist.
  - die Abrechnung der Vergütungen nach § 10 quartalsweise gegenüber der KVS erfolgt.
  - bei Teilnahme einer Gemeinschaftspraxis/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der Gemeinschaftspraxis/einzelnen angestellten Arzt zusteht.
  - die AOK PLUS zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben berechtigt ist, Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen.
  - sofern die KVS Zahlungen geleistet hat, auf die ich keinen Anspruch nach diesem Vertrag habe, die KVS berechtigt ist, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Rechnungen bezüglich des Vertrages OsteoporosePLUS Sachsen abzuziehen. Dies gilt auch, wenn ich meine Teilnahme an diesem Vertrag zum Zeitpunkt der Rückforderung bereits beendet habe. Der Rückforderungsanspruch wird durch die Beendigung des Vertrages nicht beeinträchtigt.
  - meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen von der KVS zur Erfüllung ihrer Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.
  - die medizinische Verantwortung für die Behandlung der am Vertrag teilnehmenden Versicherten bei mir verbleibt.
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
  - sich die Zulassung oder Anstellung und Betriebsstätte oder Nebenbestriebsstätte im Bezirk der KVS befindet und
  - ich ordentliches Mitglied im Bund der Osteologen Sachsen e. V. bin (Bestätigung ist beizufügen).
5. Ich werde die KVS unverzüglich informieren, wenn ich die unter § 2 des Vertrages genannten Teilnahmebedingungen nicht mehr erfülle oder sich sonstige Angaben wie Anschrift, Bankverbindung oder Praxisart ändern.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner und der KVS einverstanden: Name, Vorname, Bezeichnung der Fachgruppe, Praxisanschrift, Telefon- ggf. Faxnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Ärzte und Versicherte der AOK PLUS bereit.