

Per Post:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 26-28
28209 Bremen

Per E-Mail:

genehmigung@kvhb.de

Wichtig:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Teilnameerklärung erst mit schriftlicher Bestätigung der KVHB Wirksamkeit erlangt.

Teilnahmeerklärung Arzt „Gerinnungshemmervertrag“

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Gerinnungshemmervertrages informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir transparent dargelegt worden. Insbesondere ist mir bekannt, dass

- meine Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist und die Anforderung erfüllt werden müssen,
- ich meine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende kündigen kann,
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen beendet werden kann,

Ich verpflichte mich

- zur aktiven Mitarbeit zur Erreichung der Vertragsziele,
- zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben, insbesondere Patienten bei Vorliegen der Einschlusskriterien über die Teilnahme zu beraten (s. § 6)
- die Einschreibung des Versicherten im KVHB-Vertragsportal zu erfassen,
- Empfehlungen des Bremer-Arzneimittel-Registers (BAR) zu berücksichtigen
- Patienten bei Vorliegen der Voraussetzungen in die Selbstmessung einzuweisen
- meine persönliche fachliche Qualifikation während der Teilnahme an diesem Vertrag durch regelmäßige Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen aufrecht zu erhalten und zu vertiefen. Der Nachweis erfolgt durch ein aktuelles Fortbildungszertifikat gemäß § 95d SGB V gegenüber der KVHB,
- zu einer engen Kooperation mit den an der Versorgung des einzelnen Patienten beteiligten Ärzten,

Datenschutz und Einverständnis zur Datenverarbeitung

- Ich verpflichte mich bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und die für die Datensicherheit geltenden Vorschriften der EU-DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.
- Ich nehme zur Kenntnis und willige ein, dass meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der in Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und der §§ 140a, 284 SGB V verarbeitet werden (inkl. u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).
- Ich bin mit der Weitergabe/Veröffentlichung meines Namens/meiner Praxisanschrift an die Krankenkasse im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnis einverstanden.

Die Allgemeinen Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten habe ich zur Kenntnis genommen.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: KV Bremen, Schwachhauser Heerstr.26-28, 28209 Bremen

Vor- und Nachname

LANR

BSNR

Ort/Datum

Unterschrift des Antragsstellers
(bei angestellten Ärzten: Anstellender Arzt/ MVZ-Leitung)