

<p>Per Fax an die MEDIVERBUND AG unter: 0711 – 80 60 79 511</p> <p>MEDIVERBUND AG Industriestr. 2 70565 Stuttgart</p> <p>Die Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag in Verbindung mit Anlage 18</p>	<p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) muss ein Kinder- und Jugendarzt/hausärztlich tätiger Arzt im MVZ die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnen lassen.</p>
--	--

Stammdaten Arzt **ANGESTELLTE ÄRZTE in Praxen können nicht unmittelbar am Vertrag teilnehmen!**

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	LANR	BSNR	BSNR gültig ab (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)				
Nachname			Vorname	
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)			Telefon	
PLZ	Ort	Fax		
Email Adresse				

Bankverbindung (HZV-Vergütung wird auf das folgendes Konto überwiesen)

Kreditinstitut	
Kontoinhaber	
BIC	IBAN

Notwendige Voraussetzungen zur Teilnahme des Kinder- und Jugendarztes (Ausnahme: PädInform)

<input type="checkbox"/> Vertragssoftware (Nachweis: Selbstauskunft oder Auftragsbestätigung)	<input type="checkbox"/> Konnektor (Nachweis: Installationsprotokoll)
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung (Nachweis: Zertifikat)	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an DMP gemäß Anlage 2a zum Vertrag	<input type="checkbox"/> PädInform wird nicht aktiv genutzt <input type="checkbox"/> PädInform wird aktiv genutzt

Voraussetzungen zur Abrechenbarkeit der Zuschläge auf P1 in der Anlage 12a oder von Einzelleistungen

<input type="checkbox"/> Qualifikation zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ durch den Kinder- und Jugendarzt/hausärztlich tätigen Arzt im MVZ (Nachweis: entweder KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung)
<input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ durch mich <u>oder</u> <input type="checkbox"/> durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben) (Nachweis: entweder KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung): Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
<input type="checkbox"/> Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ durch mich <u>oder</u> <input type="checkbox"/> durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben) (Nachweis: Selbstauskunft): Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
<input type="checkbox"/> Erbringung der Leistung „Hyposensibilisierung (Allergologie)“ durch den Kinder- und Jugendarzt /hausärztlich tätigen Arzt im MVZ <input type="checkbox"/> durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben) (Nachweis: Die KV-Abrechnungen der letzten vier Quartale mit insgesamt 40 Behandlungen von GKV-Versicherten: EBM GOP: 30130 oder 30131 oder die Behandlung von 10 GKV-Patienten; Nachweis: Auswertung der Praxissoftware): Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
<input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „Amblyopie-Screening“ durch mich <u>oder</u> <input type="checkbox"/> durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben) (Nachweis: Selbstauskunft): Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
<input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „Tympanometrie“ durch mich <u>oder</u> <input type="checkbox"/> durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben) (Nachweis: Wartungsbericht Tympanometer): Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
<input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „Präsenzlabor“ durch mich <u>oder</u> <input type="checkbox"/> durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben) (Nachweis: KV-Abrechnung: EBM GOB: 32031, 32036 bis 32038, 32120, 32122, 32128): Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____

Managementgesellschaft (§ 3 Abs. 2)									
MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart, Service Center: 0711 - 80 60 79 111 / Mo-Do von 8:00 bis 17:00 und Fr von 8.00 bis 16.00									
Höhe der Verwaltungskostenpauschale (§ 21)									
Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 des Vertrages beträgt 4,2 % von der HZV-Vergütung (§ 19 Abs. 1 des Vertrages). Für Nicht-Mitglieder des BVKJ e. V., des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg e.V. oder des MEDI Baden-Württemberg e. V. wird eine zusätzliche Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % erhoben.									
<input type="checkbox"/> Mitglied BVKJ e. V. <input type="checkbox"/> Mitglied MEDI Baden-Württemberg e. V. <input type="checkbox"/> Mitglied Hausärzterverband Baden-Württemberg e.V.									
Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung									
<p>Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. • Mir ist bekannt, dass der MEDIVERBUND ein Rechenzentrum (gemäß Anlage 12a) mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem HZV-Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln. • Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. • Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des HZV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. • Die AOK erhält Name, Vorname, LANR, BSNR vor Bestätigung der Vertragsteilnahme zur Prüfung meiner Teilnahme an DMP. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die AOK sämtliche vorgenannten Daten des HZV-Arztverzeichnisses (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 15 und Anlage 12a). • Der AOK vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten werden in pseudonomisierter Form zur Durchführung der Qualitätszirkel (vgl. Anlage 2a) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt. • Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf der Internetseite der AOK, MEDIVERBUND, BVKJ-Service GmbH, HÄVG, Hausärzterverbandes Baden-Württemberg e.V. und MEDI e.V. veröffentlicht werden. • Die AOK informiert die HZV-Versicherten, die mich als Kinder- und Jugendarzt gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag. 									
Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ									
<p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag (§ 3 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als Kinder- und Jugendarzt informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass <ul style="list-style-type: none"> • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen; • die Nutzung eines Konnektors zur Datenübertragung gemäß der Änderungsvereinbarung vom 15.01.2009 Teilnahmevoraussetzung zum Vertrag ist; • ich meine vertraglichen Pflichten als Kinder- und Jugendarzt insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 5), zur Information der MEDIVERBUND AG (§ 6), zur Qualitätssicherung (§ 28 in Verbindung mit Anlage 15) sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe (§ 29) und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 4 bzw. Abs. 5 beendet werden kann; • ich selbst meine Vertragsteilnahme gemäß § 8 Abs. 3 mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber MEDIVERBUND kündigen kann; • sich gemäß § 19 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 12a (Vergütung und Abrechnung) mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die AOK richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 19 b Abs. 4). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppel- und Fehlabrechnungen gemäß Anlage 12a Abschnitt III sind mir bekannt; • die Managementgesellschaft das von der AOK gemäß § 20 geleistete Honorar weiterleitet, in dem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 Abs. 1 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale habe ich zur Kenntnis genommen; • die Anlage 12a (Vergütung und Abrechnung) bis zum 30. Juni 2016 vereinbart ist und durch Einigung von AOK und MEDIVERBUND nach Maßgabe des in § 19 Abs. 2 beschriebenen Verfahrens geändert werden kann; wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 8 Abs. 3 Satz 3; • die Laufzeit des Vertrages sich nach § 25 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide, und Vertragsänderungen gemäß dem in § 26 beschriebenen Verfahren möglich sind. 2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 18 zum Vertragsbeginn erfülle und insbesondere über die erforderliche Praxisausstattung (Wärmelampe, Säuglingswaage, Stadiometer, RR-Manschetten in altersentsprechenden Größen, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, Pulsoxymeter, Behandlungsplatz zur Durchführung einer Inhalationstherapie, Geräte zur Durchführung von Seh- und Hörtests, pädiatrischer Notfallkoffer; onlinefähige IT (DSL/ISDN); Praxis-EDV (AIS), Fax, technische Voraussetzungen zum Führen eines elektronischen Patientenpasses (AOKPatientenpass)) verfüge und meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Kinder- und Jugendarztes“ (s.o.) zutrifft. Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages. 3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass <ul style="list-style-type: none"> • MEDIVERBUND meine Teilnahme an der HZV organisiert und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK vornimmt. Sie ist daher gemäß § 3 Abs. 2 im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HZV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. • MEDIVERBUND zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 19 bis 21 des HZV-Vertrages nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in Anlage 12a benanntes Rechenzentrum beauftragt; <p>Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.</p>									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ </div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>									<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; height: 100px;"> Stempel der Arztpraxis </div>