

Verträge zur telemedizinischen Versorgung „TeleArzt“

- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann;
 - dass Versicherte bei einer gleichzeitigen HVZ-Teilnahme mich sowohl als HVZ-Betreuer als auch als Arzt an diesem BV-Vertrag gewählt haben;
 - ich aus der BV ausscheide, wenn ich nicht mehr an der HVZ teilnehme;
 - ich selbst meine Teilnahme an dem BV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber der TAG kündigen kann (Faxnummer siehe oben);
 - sich gemäß § 11 Abs. 1 in Verbindung mit **Anlage 3** mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der BV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet. Dieser Anspruch auf Zahlung der BV-Vergütung verjährt nach Ablauf von 12 Monaten (§ 11 Abs. 8). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals beginnt, in dem ich die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht habe;
 - Überzahlungen verrechnet werden (§ 11 Abs. 4);
 - ich Einwendungen innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich gegenüber der TAG geltend machen muss.
 - die TAG die von der Krankenkasse geleistete BV-Vergütung gemäß § 11 Abs. 3 in Verbindung mit **Anlage 3** erhält und erst nach Eingang bei der TAG unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale und Mietzins gemäß § 14 und § 14a auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (5 %) habe ich zur Kenntnis genommen;
 - die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) am 01.07.2017 in Kraft tritt und die Vergütungsregelungen nach den §§ 1 bis 2 der **Anlage 3** zunächst bis zum 31.12.2018 vereinbart sind.
 - sich die Inhalte gemäß § 16 ändern können; **ich stimme einer Anpassung durch die Vertragspartner nach billigem Ermessen bereits jetzt zu;**
 - die Laufzeit des BV-Vertrages sich nach § 15 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem BV-Vertrag ausscheide;
 - **Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsspruches gemäß § 19 und gemäß dem in § 18 beschriebenen Verfahren** möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.
- 2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass**
- die Vergütungspflicht der Krankenkasse und meine Pflichten nach § 6 erst ab dem 01.07.2017 bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen.
- 3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass**
- die TAG meine Teilnahme an der BV organisiert und für mich die Abrechnung der BV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Sie ist daher zum Zwecke des Abschlusses, der Durchführung und der Beendigung dieses BV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche BV-Partner im Sinne von § 8 Abs. 3. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
 - die TAG zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 11 bis 14a des BV-Vertrages nach § 295a SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in **Anlage 3** benanntes Rechenzentrum beauftragt;
 - die TAG meine Teilnahme an der HVZ bzw. das Verhalten der VERAH mit Unterstützung des Hausärzterverbandes prüfen darf.
- 4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 zum Vertragsbeginn erfülle, insbesondere**
- über die erforderliche Praxisausstattung verfügen werde;
 - meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.
- Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des BV-Vertrages.**

Teilnahme des Hausarztes an der Vereinbarung zur privaten hausärztlichen telemedizinischen Versorgung mit dem PKV-Verband

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme an der Vereinbarung (§ 4 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach der Vereinbarung, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

- 1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als Kooperationspartner nach der Vereinbarung informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass**
- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt (§ 4 Abs. 5);
 - ich meine vertraglichen Pflichten als Kooperationspartner insbesondere zur Erbringung besonderer Leistungen (§ 5), sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
 - meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 12 Abs. 3 beendet werden kann;
 - ich selbst meine Teilnahme an der Vereinbarung gemäß Anlage 4 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber der TAG kündigen kann (Faxnummer siehe oben);
 - ich die meinem Honoraranspruch zugrunde liegenden, vertragsgemäß erbrachten Leistungen gemäß Anlage 3 der privaten Verrechnungsstelle zwecks Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten zur Verfügung stellen muss;
 - ich Einwendungen innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Honorarübersicht schriftlich gegenüber der privaten Verrechnungsstelle geltend machen muss;
 - die private Verrechnungsstelle die von dem Versicherten geleistete Zahlung zum 1. oder 15. des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 4 auf das von mir benannte Konto überweist;
 - die Laufzeit der Vereinbarung sich nach § 12 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus der Vereinbarung ausscheide.
- 2. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass**
- die TAG bzw. von ihr beauftragten Erfüllungsgehilfen meine Teilnahme an der Vereinbarung organisieren. Sie ist daher zum Zwecke des Abschlusses, der Durchführung und der Beendigung dieser Vereinbarung zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner im Sinne von § 6 Abs. 2. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
 - die TAG meine Teilnahme an einem Vertrag zur Besonderen Versorgung TeleArzt mit einer gesetzlichen Krankenkasse mit Unterstützung des Hausärzterverbandes prüfen darf;
 - ich zur Abrechnung gemäß § 7 der Vereinbarung eine in § 7 Abs. 2 und in Anlage 3 benannte private Verrechnungsstelle beauftrage.
- 3. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 3 zum Vertragsbeginn erfülle, insbesondere**
- über die erforderliche Praxisausstattung der Anlage 1 verfügen werde;
 - meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.
- Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil der Vereinbarung.**

Unverbindliche Anfrage für Telemedizin-Rucksack

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass
- meine Stammdaten zur Bearbeitung meiner unverbindlichen Anfrage sowie
 - der Beendigungszeitpunkt meiner Teilnahme am BV-Vertrag zum Zwecke der Klärung des Mietverhältnisses über den Telemedizin-Rucksack an den Anbieter nach Anlage 1 des BV-Vertrages bzw. der Vereinbarung weitergegeben werden dürfen.
- Ich habe bereits einen Telemedizin-Rucksack in meiner Praxis vorliegen bzw. mein Praxispartner ist im Besitz eines Telemedizin-Rucksackes.

Bei Teilnahme mehrerer HVZ-Hausärzte innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft („BAG“) bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums („MVZ“) muss nur ein Telemedizin-Rucksack pro Betriebsstättennummer zur Nutzung für alle teilnehmenden HVZ-Hausärzte in der BAG bzw. im MVZ vorliegen.

Verträge zur telemedizinischen Versorgung „TeleArzt“

- Ja, ich möchte an beiden Verträgen zur telemedizinischen Versorgung „TeleArzt“ teilnehmen.
- Ich möchte nur an dem unten angekreuzten Vertrag zur telemedizinischen Versorgung „TeleArzt“ teilnehmen:
- BV-Vertrag mit der GWQ
 - Vereinbarung mit dem PKV-Verband

Unterschrift Hausarzt

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis / MVZ

--

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--