

<p><b>Beitrittserklärung Hausarzt zur Vereinbarung mit dem PKV-Verband</b></p> <p><b>Bitte beachten Sie:</b> Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf die Vereinbarung nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: center;">   </div> <p style="text-align: center;"><b>Per Fax an die TAG TeleArzt GmbH (nachfolgend TAG)</b>  <b>01805/ 00 24 25 407</b>                  (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
<b>Stammdaten Hausarzt</b>	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ   LANR <input style="width: 80px;" type="text"/> BSNR <input style="width: 80px;" type="text"/> Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> BAG	
Titel <input style="width: 100px;" type="text"/> Nachname <input style="width: 200px;" type="text"/> Vorname <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Straße & Hausnummer ( <b>Betriebsstätte/Praxisanschrift</b> ) <input style="width: 400px;" type="text"/> Telefon <input style="width: 150px;" type="text"/>	
PLZ <input style="width: 80px;" type="text"/> Ort <input style="width: 200px;" type="text"/> Telefax <input style="width: 150px;" type="text"/>	
<b>Notwendige Angaben des Hausarztes</b>	
<input type="checkbox"/> Vorhalten mindestens einer Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) <input type="checkbox"/> Sicherstellung der Durchführung der Online-Schulung zur Erbringung telemedizinischer Leistungen vor der erstmaligen Erbringung telemedizinischer Leistungen durch die VERAH <input type="checkbox"/> Teilnahme an einem Vertrag zur Besonderen Versorgung TeleArzt mit einer gesetzlichen Krankenkasse	
<b>Managementgesellschaft</b>	
TeleArzt GmbH, Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Kundenservice: 02203/ 57 56 1240 (9:00 bis 17:00 Uhr)	
<b>Verwaltungskostenpauschale (§ 4) der TAG</b>	
Die <b>Verwaltungskostenpauschale</b> gemäß § 4 Abs. 8 der Vereinbarung für die Organisation meiner Teilnahme beträgt 10,80 Euro zzgl. MwSt pro Quartal und pro Versicherten. Ich ermächtige die private Verrechnungsstelle, die Verwaltungskostenpauschale mit meinem Honoraranspruch gegenüber dem Versicherten zu verrechnen und an die TAG auszuzahlen.	
<b>Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung</b>	
Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Beitrittserklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden; die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften: Ich bin damit einverstanden, dass meine in dieser Beitrittserklärung enthaltenen "Stammdaten Hausarzt" über die TAG bzw. von ihr beauftragte Erfüllungsgehilfen und das dort geführte, laufend aktualisierte Kooperationspartnerverzeichnis an den PKV-Verband, den beigetretenen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und die private Verrechnungsstelle übermittelt und ebenfalls von diesen im Rahmen dieser Vereinbarung gespeichert, genutzt und verarbeitet werden. Meine Teilnahme an der Vereinbarung wird durch die TAG erklärt. Diese Daten dürfen in einem Verzeichnis im Internet veröffentlicht werden.	
<b>Teilnahme des Hausarztes</b>	
<p><b>Hiermit beantrage ich als Kooperationspartner 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.</b></p> <p><b>1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als Kooperationspartner nach der Vereinbarung informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt (§ 4 Abs. 5);</li> <li>• 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;</li> <li>• meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 12 Abs. 4 beendet werden kann;</li> <li>• 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);</li> <li>• ich die meinem Honoraranspruch zugrunde liegenden, vertragsgemäß erbrachten Leistungen gemäß Anlage 3 der privaten Verrechnungsstelle zwecks Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten zur Verfügung stellen muss;</li> <li>• ich Einwendungen innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Honorarübersicht schriftlich gegenüber der privaten Verrechnungsstelle geltend machen muss;</li> <li>• 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;</li> <li>• die Laufzeit der Vereinbarung sich nach § 12 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus der Vereinbarung ausscheide.</li> </ul> <p><b>2. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• die TAG meine Teilnahme an einem Vertrag zur Besonderen Versorgung TeleArzt mit einer gesetzlichen Krankenkasse mit Unterstützung des Hausärzterverbandes prüfen darf;</li> <li>• ich zur Abrechnung gemäß § 7 der Vereinbarung eine in § 7 Abs. 2 und in Anlage 3 benannte private Verrechnungsstelle beauftrage.</li> </ul> <p><b>3. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 3 zum Vertragsbeginn erfülle, insbesondere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• über die erforderliche Praxisausstattung der Anlage 1 verfügen werde;</li> <li>• meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.</li> </ul> <p><b>Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil der Vereinbarung.</b></p>	
<b>Unverbindliche Anfrage für Telemedizin-Rucksack</b>	
<input type="checkbox"/> Ich erkläre mich damit einverstanden, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>• meine Stammdaten zur Bearbeitung meiner unverbindlichen Anfrage sowie</li> <li>• der Beendigungszeitpunkt meiner Teilnahme an der Vereinbarung zum Zwecke der Klärung des Mietverhältnisses über den Telemedizin-Rucksack an den Anbieter nach Anlage 1 der Vereinbarung weitergegeben werden dürfen.</li> </ul> <input type="checkbox"/> Ich habe bereits einen Telemedizin-Rucksack in meiner Praxis vorliegen bzw. mein Praxispartner ist im Besitz eines Telemedizin-Rucksackes.	
<p>Bei Teilnahme mehrerer Kooperationspartner innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft („BAG“) bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums („MVZ“) muss nur ein Telemedizin-Rucksack pro Betriebsstättennummer zur Nutzung für alle teilnehmenden Kooperationspartner in der BAG bzw. im MVZ vorliegen.</p>	

Unterschrift

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Hausarztpraxis / MVZ