

Beitrittserklärung Ärzte

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Ärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) muss jeder Arzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen.

Stammdaten	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt	
LANR (9- stellig)	HBSNR (9- stellig)
Titel, Name, Vorname	
Ggf. Praxis-/ BAG-/ MVZ-Name	
Straße und Hausnummer (Anschrift Praxis)	
Telefon	
PLZ und Ort (Anschrift)	
E-Mail- Adresse	
Vertragsteilnahme des Vertragsarztes	
<p>Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag „ParkinsonGo“ Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> •ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichertenaufklärung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann; •ich mich den teilnehmenden Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen und ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichte; •sich gemäß § 7 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die jeweilige Krankenkasse richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss; •ich PHCT Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen, •ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages; •ich über alle Informationen zur Durchführung des Vertrages sowie über erlangte Kenntnisse zu Angelegenheiten der Vertragspartner Stillschweigen bewahre; <p>Datum (TT/MM/JJJJ):</p> <p>Signatur:</p>	
Teilnahmevoraussetzungen	
Ich bin Facharzt für	
<input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Nervenheilkunde <input type="checkbox"/>	
Bitte Fachrichtung angeben	
Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO	
<ul style="list-style-type: none"> • Die hier angegebenen Daten werden vom PHCT, der BITMARCK AG, der BKK VAG und den teilnehmenden Krankenkassen zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die PHTC und die BKK VAG und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. 	

- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Namens, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer, LANR, BSNR und IK (falls vorhanden) in einem Verzeichnis im Internet zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche durch die Krankenkassen, deren Versicherte oder beauftragter Dienstleister, beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die BKK VAG, meine KV und die PHTC oder von ihr beauftragte Dienstleister unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:	Datenschutzbeauftragter:
Ralph Steidl (Geschäftsführer Portables HCT) Henkestr. 91 91052 Erlangen	Mike Peter (yourprivacyfirst) Landeckring 19 76831 Impflingen

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Datum (TT/MM/JJJJ):

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Signatur: