Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur besonderen Versorgung im Fachgebiet Diabetologie nach § 140a SGB V DAK-Gesundheit

Stammdaten Arzt

LANR

HBSNR

Titel, Nachname, Vorname

Verbandsmitgliedschaften

☐ Mitglied MEDI Baden-Württemberg e.V.

☐ Mitglied Diabetologen Baden-Württemberg eG

Teilnahmevoraussetzungen der Praxis/BAG/MVZ

☐ Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Internetanbindung

☐ Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)

☐ Vertragssoftware für Diabetologie-Vertrag MEDI - DAK-G ist installiert, Name der Software: _____
(Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular Vertragssoftware)

☐ Online-Key ist vorhanden (Nachweis: Bestätigungsformular HZV-Online-Key, falls dieses noch nicht i.R. einer Teilnahme an einem anderen Selektivvertrag gem. §§ 73c und/oder 140a SGB V eingereicht wurde)

Wichtige Hinweise

- Die Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionsfähiger Installation der Vertragssoftware erfolgen.
- Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit Ihrem Arztinformationssystem.
- Es darf nur eine Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den Diabetologie-Vertrag MEDI - DAK-G zugelassen ist.

Datenübernahme (verkürzte Teilnahmeerklärung)

☐ Ich bestätige, dass die auf Seite 2 und 3 dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Angaben der Managementgesellschaft im Rahmen meiner Teilnahme an einem Diabetologievertrag gemäß § 140a SGB V in Baden-Württemberg bereits auf aktuellen Stand vorliegen. Ich beauftrage die Managementgesellschaft hiermit diese Angaben für meine Teilnahme an diesem Vertrag zu übernehmen.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung im Fachgebiet Diabetologie in Baden-Württemberg nach § 140a SGB V.
Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
   - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
   - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung (Anlage 2: Fortbildungen und Qualitätszirkel) sowie zur Einhaltung 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 selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
   - sich gemäß § 6 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen den MEDIVERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
   - der MEDIVERBUND das von der DAK-Gesundheit geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
   - ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
   - die Prozesse und Behandlungspfade zur rationalen Verordnung von Hilfsmitteln durch den Projektbeirat angepasst werden können.
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO:

- Die hier angegebenen Daten werden von der MEDIVERBUND AG und der DAK-G ausschließlich 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 DAK-G und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die DAK-G und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V. sowie der DAK-Gesundheit, beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. 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 MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) 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:
MEDIVERBUND AG
Industriestraße 2, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datenschutz-team@medi-verbund.de
Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr,
datenschutz-team@medi-verbund.de
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.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis/des MVZ

Seite 2, 3 und 4 der Teilnahmeerklärung bitte vollständig ausfüllen, wenn eine Datenübernahme aus einem anderen Vertrag (siehe Seite 1) nicht gewünscht oder nicht möglich ist.

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur besonderen Versorgung im Fachgebiet Diabetologie nach § 140a SGB V DAK-Gesundheit

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten Arzt

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ ermächtigter Arzt

LANR

HBSNR

☐ Mitglied MEDI Baden-Württemberg e.V.
☐ Mitglied Diabetologen Baden-Württemberg eG

Nachname

Vorname

Name MVZ

Straße & Hausnummer **(Praxisanschrift)**

Telefon /

PLZ

Ort

Fax /

E-Mail

Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)

Kreditinstitut

IBAN (zwingend erforderlich)

BIC (zwingend erforderlich)

Kontoinhaber

Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e. V. oder des Diabetologen Baden-Württemberg eG werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Diabetologie in Baden-Württemberg nach § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

2. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
   - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
   - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung (Anlage 2: Fortbildungen und Qualitätszirkel) sowie zur Einhaltung 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 selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
   - sich gemäß § 6 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen den MEDIVERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
   - der MEDIVERBUND das von der DAK-Gesundheit geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
   - ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
   - die Prozesse und Behandlungspfade zur rationalen Verordnung von Hilfsmitteln durch den Projektbeirat angepasst werden können.
3. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis/des MVZ

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur besonderen Versorgung im Fachgebiet Diabetologie nach § 140a SGB V DAK-Gesundheit

Teilnahmevoraussetzungen

1. Persönliche Voraussetzungen:
Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung).

☐ Ich habe eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a SGB V als Haus- oder Facharzt. (Nachweis: Selbstauskunft)

Ich habe eine Anerkennung als

☐ Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie (Nachweis: Selbstauskunft)
☐ Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für
☐ Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation (Nachweis: Selbstauskunft ggf. mit Angabe vergleichbare Qualifikation)
☐ Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ (Nachweis: Selbstauskunft) und erfülle weitere in Anlage 2 genannte Voraussetzungen
☐ Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
☐ Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)

Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist es erforderlich, dass folgende Mindestanzahlen von Behandlungen erfüllt werden:

Ich behandle pro Quartal mindestens: (Nachweis: Selbstauskunft)

☐ 40 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1; bzw. erreiche diese Anzahl innerhalb von zwei Jahren
☐ 200 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 *
☐ Ich nehme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie
☐ als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 gemäß § 3 der Vereinbarung DMP DM I (B52 zwischen KVBW/Verbände) teil.
(Nachweis: Selbstauskunft); Die Teilnahmepflicht am DMP Diabetes mellitus Typ 2 gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte
☐ Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
☐ Teilnahme an mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Diabetologievertrags (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
☐ Teilnahme an mindestens einem strukturierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr (gemäß Anlage 2)
(Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

Teilnahme an Schulungen:

☐ zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit FGM (z.B. Flash)
☐ zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit rtCGM (z.B. Spectrum) sowie
☐ zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit Insulinpumpentherapie (z.B. Subito, INPUT) gem. Anlage 2 durch den Facharzt und den/die Diabetesberater/in (Nachweis: jeweilige Fortbildungsnachweise)

* Für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte (Erstzulassung) gilt folgende Besonderheit: Die Mindestanzahl an Patienten mit Diabetes mellitus Typ II muss innerhalb eines Jahres nach der Erstzulassung erfüllt werden. Dies gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.

2. Voraussetzungen der Praxis/BAG/MVZ
Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis / BAG betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.

☐ Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung an das Internet
☐ Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
☐ Vertragssoftware ist installiert für DAK-Gesundheit Baden-Württemberg Diabetologie _____
Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
☐ HZV Online Key ist vorhanden. (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)
☐ Vorhalten (Beschäftigung und/oder Kooperation) eines/r Diabetesberater/in gemäß § 3 lit. l) (z.B. DDG), (mindestens eine Vollzeitkraft pro Facharzt; bei Berufsausübungsgemeinschaften mindestens eine halbe Vollzeitkraft pro Facharzt). Der Umfang der Beschäftigung/ Kooperation richtet sich dabei nach der tatsächlichen Sprechstundentätigkeit des Facharztes bzw. der Berufsausübungsgemeinschaften unter Beachtung der Vorgaben des BMV-Ä und/oder der Ärzte-ZV* (Nachweise: Weiterbildungszertifikat zum/r Diabetesberater/in (z.B.: vom DDG) sowie Vorlage Arbeitsvertrag oder schriftliche Bestätigung der Arbeitszeit)
☐ Teilnahme der Diabetesberater/in an Fortbildungen gem. den Regelungen des VDBD im Umfang von 25 Punkten pro Jahr bzw. 75 Punkten innerhalb von drei Jahren (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
☐ Vorhalten einer qualitätsgesicherten Präsenzblutzuckermessung nach Richtlinien der BÄK und HbA1c-POC-Diagnostik
(Nachweis: Protokoll der Qualitätssicherungskontrolle nach Richtlinien der Bundesärztekammer (RiLiBÄK))
☐ Meine/Unsere Praxis bietet die im Rahmen dieses Vertrages festgelegten Patientenschulungen zur Nutzung von FGM, rtCGM und Insulinpumpen an, geeignete Räumlichkeiten sind vorhanden. (Nachweis: Selbstauskunft)

* Für Kinder- und Jugendärzte ist die Anstellung bzw. Kooperation einer/s Diabetesberater/in-Teilzeitkraft ausreichend.

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

☐ Zertifiziertes Eversense® CGM-Zentrum (Nachweis: Zertifikat) (Voraussetzung für D2f)
☐ Ich nehme am DMP Diabetes Typ 1 teil und habe die Genehmigung zur Betreuung von Typ1-Diabetikerinnen mit Kinderwunsch oder bestehender Schwangerschaft gemäß Anlage 1c der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1. (Voraussetzung für D5) (Nachweis: Selbstauskunft)

Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/BAG die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen (vgl. Anlage 12)

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur besonderen Versorgung im Fachgebiet Diabetologie nach § 140a SGB V DAK-Gesundheit

Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig:

Nachname | Vorname

LANR ☐ keine LANR vorhanden | HBSNR | Fachgebiet

Nachname | Vorname

LANR ☐ keine LANR vorhanden | HBSNR | Fachgebiet

Nachname | Vorname

LANR ☐ keine LANR vorhanden | HBSNR | Fachgebiet

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO:

- Die hier angegebenen Daten werden von der MEDIVERBUND AG und der DAK-G ausschließlich 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 DAK-G und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die DAK-G und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V. sowie der DAK-Gesundheit, beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. 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 MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) 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:
MEDIVERBUND AG
Industriestraße 2, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datenschutz-team@medi-verbund.de
Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr,
datenschutz-team@medi-verbund.de
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.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis/des MVZ

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