




<p>Teilnahmeerklärung für den Hausarzt, die diabetologische Schwerpunktpraxis und das telemedizinische Zentrum zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung Adipositas gemäß § 140a SGB V mit der BKK Deutsche Bank</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines fachärztlich 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 den BV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="font-size: small;"> <p>Betriebskrankenkasse Deutsche Bank AG</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>BCS best care solutions</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>DiaMed</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>DiTG</p> </div> </div> <p>Per Fax an die bcs best care solutions GmbH (nachfolgend bcs) 0211 – 90 98 17 78</p> <p>Angaben als:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetologische Schwerpunktpraxis</p> <p><input type="checkbox"/> Telemedizinisches Zentrum</p>										
Stammdaten Hausarzt /diabetologische Schwerpunktpraxis/Telemedizinisches Zentrum											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Einzelpraxis <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">MVZ <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;">LANR <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 30%;">BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 20%;">Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">BAG <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	MVZ <input type="checkbox"/>	LANR <input style="width: 100%;" type="text"/>	BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/>	Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/>	BAG <input type="checkbox"/>				
Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	MVZ <input type="checkbox"/>	LANR <input style="width: 100%;" type="text"/>	BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/>	Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/>							
BAG <input type="checkbox"/>											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Titel <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 40%;">Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 40%;">Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>		Titel <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>							
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 40%;">Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>		Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/>								
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/>										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 40%;">Ort <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 40%;">Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>		PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>	Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/>							
PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>	Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/>									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>		E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/>									
E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/>											
Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">BLZ <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 70%;">Kreditinstitut <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kontonummer <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td>Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">BIC <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>		BLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>	Kreditinstitut <input style="width: 100%;" type="text"/>	Kontonummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/>	IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/>		BIC <input style="width: 100%;" type="text"/>			
BLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>	Kreditinstitut <input style="width: 100%;" type="text"/>										
Kontonummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/>										
IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/>											
BIC <input style="width: 100%;" type="text"/>											
Notwendige Angaben des Hausarztes											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware vorhanden</td> <td><input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware nicht vorhanden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2</td> <td><input type="checkbox"/> Keine Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2, spätestens ab dem 01.07.2018 verpflichtend</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware vorhanden	<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Keine Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2, spätestens ab dem 01.07.2018 verpflichtend						
<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware vorhanden	<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware nicht vorhanden										
<input type="checkbox"/> Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Keine Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2, spätestens ab dem 01.07.2018 verpflichtend										
Notwendige Angaben der diabetologischen Schwerpunktpraxis											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware vorhanden</td> <td><input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware nicht vorhanden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2</td> <td><input type="checkbox"/> Keine Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2, spätestens ab dem 01.07.2018 verpflichtend</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> KV-Zulassung als diabetologische Schwerpunktpraxis</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware vorhanden	<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Keine Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2, spätestens ab dem 01.07.2018 verpflichtend	<input type="checkbox"/> KV-Zulassung als diabetologische Schwerpunktpraxis					
<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware vorhanden	<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware nicht vorhanden										
<input type="checkbox"/> Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Keine Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2, spätestens ab dem 01.07.2018 verpflichtend										
<input type="checkbox"/> KV-Zulassung als diabetologische Schwerpunktpraxis											
Notwendige Angaben des telemedizinischen Zentrums											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Teilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis</td> <td><input type="checkbox"/> Keine Teilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Teilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/> Keine Teilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis								
<input type="checkbox"/> Teilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/> Keine Teilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis										
Managementgesellschaft											
<p>bcs best care solutions GmbH (bcs), Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf, Kundenservice: 0211 – 90 98 17 77 (9:00 bis 17:00 Uhr)</p>											
Verwaltungskostenpauschale (§16)											
<p>Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 16 des BV-Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5% von der Vergütung. Für Nicht-Mitglieder der DiaMed wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % von der BV-Vergütung einbehalten.</p>											
Einwilligung in die Datenverarbeitung											
<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. Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der bcs sowie dem Rechenzentrum ausschließlich zur Durchführung des BV-Vertrages auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO i.V.m. §§ 140a, 13 SGB V und Art. 9 Abs. 2 lit. b), f) und h) i.V.m. Art. 6 Abs. 3 lit. b) DSGVO sowie § 295 und § 295a SGB V; § 80 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO verarbeitet. Mir ist bekannt, dass die bcs das Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem BV-Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses BV-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 von der bcs zur Durchführung des BV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die BKK Deutsche Bank erhält Name, Vorname, LANR, BSNR nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem BV-Vertrag über das Arztverzeichnis bzw. Verzeichnis der telemedizinischen Zentren (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung (§ 13 und Anlage 3). Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der bcs und DiaMed veröffentlicht. Die Information zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15, Art. 16, Art. 17 und Art. 18 DSGVO im BV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum BV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten. 											

Vertragsteilnahme des Hausarztes, der diabetologischen Schwerpunktpraxis bzw. des telemedizinischen Zentrums

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt (§ 5 Abs. 2);
- ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt, diabetologische Schwerpunktpraxis bzw. telemedizinisches Zentrum insbesondere zur Erbringung besonderer Leistungen (§§ 7 bis 9), zur Information der bcs über Änderungen, die für meine Teilnahme an diesem BV-Vertrag relevant sind (Anlage 4), 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 § 6 Abs. 2 beendet werden kann;
- ich Änderungen, die Einfluss auf meine Vertragsteilnahme haben, der bcs melden muss (Anlage 4);
- ich selbst meine Teilnahme an dem BV-Vertrag gemäß § 6 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich gegenüber der bcs kündigen kann (Faxnummer siehe oben);
- sich gemäß § 13 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die BKK Deutsche Bank richtet. Dieser Anspruch auf Zahlung der Vergütung verjährt nach Ablauf von 12 Monaten (§ 13 Abs. 8 sowie Anlage 3). 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 (§ 13 Abs. 4).
- die bcs die von der BKK Deutsche Bank geleistete Vergütung gemäß § 13 Abs. 3 sowie Anlage 3 erhält und erst nach Eingang bei der bcs unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 16 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale von 5 % bzw. 6,25 % für Nichtmitglieder der DiaMed habe ich zur Kenntnis genommen;
- die Anlage 3 (Vergütung und Abrechnung) am 01.07.2018 in Kraft tritt;
- die Laufzeit des BV-Vertrages sich nach § 18 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem BV-Vertrag ausscheide;
- sich die Inhalte gemäß der §§ 7 bis 9 ändern können; **ich stimme einer Anpassung durch die BKK Deutsche Bank, bcs, DiaMed und DITG nach billigem Ermessen bereits jetzt zu.**

2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass die Vergütungspflicht der BKK Deutsche Bank und meine Pflichten nach §§ 7 - 9 erst ab dem 01.07.2018 bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen.

3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass

- die bcs meine Teilnahme am BV-Vertrag organisiert und für mich die Abrechnung der Vergütung gegenüber der BKK Deutsche Bank 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 rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- die bcs zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß Anlage 3 des BV-Vertrages nach § 295a SGB V i.V. m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in Anlage 3 benanntes Rechenzentrum beauftragt;
- die bcs sich an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden kann, um die von mir in dieser Erklärung mitgeteilten Angaben zu Teilnahmevoraussetzungen zu überprüfen. Ich willige darin ein, dass die zuständige Stelle Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen betreffen, an die bcs erteilt;
- die bcs meine Mitgliedschaft in der DiaMed mit Hilfe der DiaMed prüfen darf.
- die bcs Änderungen, die auf die Zertifizierung Auswirkung haben, der DITG mitteilt.

4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 zum Zeitpunkt meines Vertragsbeitritts erfülle, insbesondere, dass

- ich über die erforderliche Praxisausstattung verfüge;
- meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes, der diabetologischen Schwerpunktpraxis bzw. des telemedizinischen Zentrums“ (s.o.) zutrifft.

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des BV-Vertrages. Ich versichere, dass alle darin enthaltenen Angaben sachlich richtig und vollständig sind.

Unverbindliche Anfrage der diabetologischen Schwerpunktpraxis für die Zertifizierung zum telemedizinischen Zentrum

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 der Beendigung der Nutzung des TeLiPro-Portals
an die DITG – Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung, Kölner Landstr. 11, 40591 Düsseldorf („DITG“) weitergegeben werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die DITG der bcs die erfolgreiche Zertifizierung nach Anlage 2 und den Tag der Ausstellung des Zertifikates zum Zwecke der Teilnahmebestätigung als telemedizinisches Zentrum an die bcs weitergeben darf.

Innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft („BAG“) bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums („MVZ“) muss nur ein Zertifikat pro Betriebsstättennummer vorliegen.

Unterschrift behandelnder Arzt

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel

Unterschrift gesetzlicher Vertreter MVZ

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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