



<p><u>Beitrittserklärung für den Hausarzt, die diabetologische Schwerpunktpraxis und telemedizinisches Zentrum zum Kooperationsvertrag „Telemedizinisches Gesundheitscoaching“ mit der AXA</u></p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Beitritt von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Beitrittserklärung einreichen. Bei Beitritt eines fachärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Beitrittserklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden.</p>	  <p>Per Fax an die Beauftragte der DITG (bcs best care solutions GmbH) 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>
<p>Stammdaten</p>	
<p>Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> LANR <input type="text"/> BSNR <input type="text"/> Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/></p> <p>BAG <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>	
<p>Titel <input type="text"/> Nachname <input type="text"/> Vorname <input type="text"/></p>	
<p>Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input type="text"/> Telefon <input type="text"/></p>	
<p>PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Telefax <input type="text"/></p>	
<p>E-Mail <input type="text"/></p>	
<p>Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)</p>	
<p>BLZ <input type="text"/> Kreditinstitut <input type="text"/></p>	
<p>Kontonummer <input type="text"/> Kontoinhaber <input type="text"/></p>	
<p>IBAN <input type="text"/></p>	
<p>BIC <input type="text"/></p>	
<p>BCS als Beauftragte der DITG</p>	
<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>	
<p>Verwaltungskostenpauschale</p>	
<p>Die Verwaltungskostenpauschale für die Abrechnung beträgt 2,62 % von der Vergütung für Hausärzte, diabetologische Schwerpunktpraxen und telemedizinische Zentren.</p>	
<p>Einwilligung in die Datenverarbeitung</p>	
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich bin damit einverstanden, dass meine in dieser Beitrittserklärung enthaltenen "Stammdaten" an die AXA Krankenversicherung AG und das beauftragte Rechenzentrum Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH („HCMS“) übermittelt und ebenfalls von diesen im Rahmen des Kooperationsvertrages gespeichert, genutzt und verarbeitet werden. Meine Teilnahme am Kooperationsvertrag wird durch die BCS erklärt. Diese Daten dürfen in einem Verzeichnis im Internet veröffentlicht werden. 	
<p>Vertragsteilnahme des Hausarztes, der diabetologischen Schwerpunktpraxis bzw. des Telemedizinischen Zentrums</p>	
<p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Kooperationsvertrag. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Kooperationsvertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten nach dem Kooperationsvertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt („Prozessbeschreibung“); ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Erbringung besonderer Leistungen 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 in der Prozessbeschreibung beschriebenen Voraussetzungen beendet werden kann; ich selbst meine Teilnahme an dem Kooperationsvertrag gemäß der Prozessbeschreibung mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber der BCS kündigen kann (Faxnummer siehe oben); ich mein Honorar für die von mir vertragsgemäß erbrachten Leistungen über das Rechenzentrum in Rechnung stellen muss. ich Einwendungen innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Honorarübersicht schriftlich gegenüber dem Rechenzentrum geltend machen muss. das Rechenzentrum von der AXA Krankenversicherung AG die geleistete Honorarvergütung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung erhält und unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale auf das o.g. Konto überweist. der Kooperationsvertrag bis zum 31.12.2021 gilt, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide; <p>2. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> die BCS meine Teilnahme an dem Vertrag organisiert. Sie ist daher zum Zwecke des Abschlusses, der Durchführung und der Beendigung dieser Vertrag zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; die DITG zur Abrechnung Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH als Rechenzentrum beauftragt. <p>Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p>	

Unverbindliche Anfrage für die Zertifizierung zum telemedizinischen Zentrum – nur für diabetologische Schwerpunktpraxen
<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass</p> <p><input type="checkbox"/> meine Stammdaten zur Bearbeitung meiner unverbindlichen Anfrage sowie</p> <p><input type="checkbox"/> der Beendigungszeitpunkt meiner Teilnahme als Telemedizinisches Zentrum zum Zwecke der Klärung der Beendigung der Nutzung der Online-Plattform an die DITG weitergegeben werden dürfen.</p> <p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass</p> <p><input type="checkbox"/> die DITG der BCS die erfolgreiche Zertifizierung und den Tag der Ausstellung des Zertifikates zum Zwecke der Teilnahmebestätigung als telemedizinisches Zentrum an die BCS weitergeben darf.</p> <p>Innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft („BAG“) bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums („MVZ“) muss nur ein Zertifikat pro Betriebsstättennummer vorliegen.</p>

<p>Unterschrift behandelnder Arzt</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	<p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<p>Stempel</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>Unterschrift gesetzlicher Vertreter MVZ</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>												

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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