

Anlage 3

zum Vertrag gem. § 140a SGB V über die besondere Versorgung von Patientinnen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt (InformHWI)

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 26-28
28209 Bremen
oder per Fax: 0421 3404-347

Wichtig:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Teilnameerklärung erst mit schriftlicher Bestätigung der KVHB Wirksamkeit erlangt.

Teilnahmeerklärung Arzt „InformHWI“

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am o.g. Vertrag zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven, der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und dem MVZ Medizinisches Labor Bremen GmbH.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir transparent dargelegt worden.

Insbesondere ist mir bekannt, dass

- meine Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende kündigen kann,
- die Teilnahme am Vertrag im Falle von Vertragsverstößen beendet werden kann,
- ich die fachliche Qualifikation während der Teilnahme am Vertrag durch regelmäßige Teilnahmen an Fortbildungen aufrechterhalten werde.

Ich verpflichte mich,

- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und die für die Datensicherheit geltenden Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.

Ich nehme zur Kenntnis und willige ein,

- dass meine im Rahmen der vorstehend genannten zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 EU-DSGVO und der §§ 140a, 284 SGB V verarbeitet werden (inkl. u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).

Ich bin mit der Weitergabe/Veröffentlichung meines Namens/meiner Praxisanschrift an die Vertragspartner (Krankenkasse und Labor) im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden.

Die allgemeinen Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten habe ich zur Kenntnis genommen.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Formen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26-28, 28209 Bremen.

Vor- und Nachname

LANR

BSNR

Ort/Datum

Unterschrift des Antragsstellers
(bei angestellten Ärzten: Anstellender Arzt/ MVZ-Leitung)