

Per Post:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 26-28
28209 Bremen

Per E-Mail:

genehmigung@kvhb.de

Wichtig:

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

Teilnahmeerklärung „Gesunde Kindheit in Bremen“

Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Besonderen Versorgung von Schwangeren,
Kindern und Jugendlichen

**Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am o.g. Vertrag zwischen IKK gesund plus,
BVKJ-Service GmbH und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.**

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 sechs Wochen zum Quartalsende kündigen kann,
- die Erfassung der Einschreibung des Versicherten im KVHB-Vertragsportal verpflichtend ist,
- die Teilnahme am Vertrag im Falle von Vertragsverstößen beendet werden kann.
- 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)
- dass die Einschreibung der Versicherten im KVHB-Vertragsportal vorzunehmen ist.
- Ich bin mit der Weitergabe/Veröffentlichung meines Namens/meiner Praxisanschrift an die Krankenkasse im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses sowie der Veröffentlichung im Internet einverstanden.
- Ich akzeptiere die Vertragsinhalte und verpflichte mich zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben.

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. Ein Widerruf bzgl. der Datenerhebung und -verarbeitung führt zum Ausscheiden aus dem Vertrag.

Der Widerruf ist zu richten an:

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

Ich beantrage eine Genehmigung für folgendes Modul/folgende Module:

- ☐ Modul 1: Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 für Kinder und Jugendliche gem. Rahmenvertrag gem. § 140a SGB V
- ☐ Modul 3: Vaginales Infektionsscreening in der Schwangerschaft gem. Rahmenvertrag gem. § 140a SGB V
- ☐ Modul 5A: Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern gem. Rahmenvertrag gem. § 140a SGB V (**nur Augenärzte**)
- ☐ Modul 5B: Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern mittels Video-Refraktometer Rahmenvertrag gem. § 140a SGB V
- ☐ Ich verfüge über ein Video-Refraktometer oder
- ☐ ich bin Mitglied in einer Gerätegemeinschaft oder
- ☐ ich überweise an einen Augenarzt bzw. FA für Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechendem Gerät

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen: a)

a) _____ [BSNR] b) _____ [BSNR]

c) _____ [BSNR] d) _____ [BSNR]

Vor- und Nachname

LANR

Ort/Datum

Unterschrift des Antragsstellers

(bei angestellten Ärzten: Anstellender Arzt/MVZ Leitung)