
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Teilnahmeerklärung für Arbeitsmediziner

**zum Vertrag zur Durchführung des Projektes
„MSnetWork – Netzwerk zur Stärkung der Teilhabe von chronisch Kranken
am Beispiel von Multiple Sklerose“ gem. § 140a SGB V zwischen GWQ, VDBW und BDN,
gefördert durch den Innovationsfonds nach § 92 a und b SGB V:**

zwischen

Name, Vorname, ggf. Titel (in Blockschrift)

(- im Folgenden Leistungserbringer-)

und dem

Berufsverband Deutscher Neurologen e. V.

Wulfstr. 8

12165 Berlin

(- im Folgenden BDN genannt -)

Geschäftsstelle

Wulfstraße 8, 12165 Berlin E-mail: bdn-neurlogonen@t-online.de

Vorstandsvorsitzender

Dr. Uwe Meier

Praxisstempel

I. Angaben zum Leistungserbringer (alternativ Praxisstempel)

ggf. Titel, Name, Vorname

geb. am

Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

E-Mail-Adresse

Telefon

Kontoangaben zu Abrechnungszwecken:

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Betriebsstättennummer (BSNR)

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

Lebenslange Arztnummer (LANR)

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

Einzelpraxis

MS-Ambulanz

Angestellt

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

II. Fachliche Anforderungen

- Ich bin Facharzt für Arbeitsmedizin oder habe die Zusatzbezeichnung Betriebsmediziner

III. Erklärung

Ich habe mich umfassend über die Ziele und Inhalte des Projektes MSnetWork inklusive der Versorgungsinhalte informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Therapieziele, Kooperationsregeln und zugrunde gelegten Versorgungsregeln sind mir transparent dargelegt worden und ich verpflichte mich, diese umzusetzen.

Ich erkläre, dass ich alle Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an dem Projekt „MSnetWork“ entsprechend des gewählten Versorgungsbereiches und der gewählten Schulungsvoraussetzungen erfülle. Zudem erkenne ich die Vertragsinhalte an und verpflichte mich, diese umzusetzen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich meiner Aufgaben gemäß § 7.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir im Rahmen des Projektes behandelten Versicherten, dass ich

- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, Sozialgesetzbuches und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- verantwortungsvoll mit den Zugangsdaten der IT-Plattform umgehe und diese nicht an Dritte weitergebe, die Sitzung schließe, wenn ich mit der Dateneingabe fertig bin und die Zugänge von ausscheidenden Mitarbeitern sperre,
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole und den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und
- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“ auf der Website des Projektes und in der projektspezifischen IT-Plattform IVPnet,
- der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß § 3 Abs.5 des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.
- der Weitergabe des „Leistungserbringerverzeichnis“ an die teilnehmenden Leistungserbringer sowie an die Krankenkassen der teilnehmenden Versicherten,

-
- der Kontaktaufnahme durch die Universität und Universitätsmedizin Greifswald für die Evaluation des Versorgungsprojektes im Studienverlauf.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
- die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung einer vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- die Teilnahme die Bereitschaft einen medizinischen Fachangestellten zur Betreuung der teilnehmenden Versicherten einzusetzen, voraussetzt.
- die Teilnahme das Vorhalten eines EDV-Arbeitsplatzes mit Internetzugang voraussetzt.

IV Projektspezifische Schulungen

i. Schulungen für arbeitsmedizinische Leistungserbringer

Ich als Arbeitsmediziner werde im Rahmen meiner Teilnahme am Projekt an folgenden digitalen Schulungen teilnehmen:

- Projektspezifische Schulung zur Benutzung der digitalen Patientenakte im arbeitsmedizinischen Kontext
- Projektspezifische Schulung zu MS-spezifischen Krankheitsaspekten

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Leistungserbringer