

Anlage F-1 gültig ab 01.10.2024
Teilnahmeerklärung Zahnärztinnen und Zahnärzte

Bitte reichen Sie diese Erklärung bei der KZVB zur Weiterleitung an die AOK Bayern ein.

Jede Vertragszahnärztin und jeder Vertragszahnarzt muss eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahmeerklärungen von angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten ist zusätzlich die Unterschrift der MVZ-Leitung bzw. des anstellenden Arztes oder der anstellenden Ärztin notwendig.

Titel, Nachname: _____ Vorname: _____

ABE-NR: _____

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft mit (Name): _____

angestellt bei (Name der Zahnarztpraxis bzw. MVZ): _____

Praxisanschrift/Betriebsstätte:

PLZ & Ort: _____ Telefon: _____

Straße & Hs.-Nr.: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Mobilitel.: _____

Hiermit beantrage ich verbindlich mit Wirkung ab _____ meine Teilnahme an der besonderen Versorgung nach Maßgabe des mir bekannten Vertrages zur integrierten Versorgung und seiner Anlagen, der mir von der KZVB ausgehändigt wurde.

Ich verpflichte mich hiermit gegenüber der KZVB, an der integrierten Versorgung nach Maßgabe des Vertrages und seiner Anlagen, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind, teilzunehmen sowie die vereinbarten Leistungen zu erbringen, und erkenne die in dem Vertrag und seinen Anlagen getroffenen Regelungen als verbindlich an.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist,
- die Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gegenüber der KZVB beantragt werden kann.
- die Teilnahme nur möglich ist, solange eine vertragszahnärztliche Tätigkeit in Bayern besteht.
- nur aus wichtigem Grund schriftlich mit Angabe des Beendigungsdatums, gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) beendet werden kann. Ein Beendigungsgrund ist insbesondere das Wegfallen der Voraussetzung zur Teilnahme.
- ich meine Teilnahme an diesem Vertrag beenden kann, sofern die Vertragspartner Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage vornehmen und ich durch die Änderung oder Ergänzung betroffen bin; die Erklärung zur Beendigung muss schriftlich innerhalb von sechs Wochen nach Mitteilung über die Vertragsänderung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns erfolgen.
- die Änderungen des Vertrages und seiner Anlagen als anerkannt gelten, falls ich meine Teilnahme nicht innerhalb dieser Frist beende.
- die Teilnahme automatisch mit Ende des Vertrages am 30.09.2026 endet.
- die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns berechtigt und verpflichtet ist, meine Teilnahme am Vertrag zu beenden, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle.
- die Kassenzahnärztliche Vereinigung berechtigt ist, meine Teilnahmeberechtigung am Vertrag zu widerrufen, wenn ich meine Pflichten aus dem Vertrag gröblich verletze.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich,

- zu einer zielgerichteten, qualitätsgesicherten, wirksamen, zweckmäßigen und ausreichenden sowie wirtschaftlichen Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages und der gesetzlichen Regelungen.
- die Qualität und die Wirksamkeit meiner Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen zu erbringen.
- die Versorgung nach diesem Vertrag durchzuführen. Ich übernehme dabei die Verpflichtung, den zur Teilnahme berechtigten Versicherten den Zugang zur ITN zu ermöglichen.
- zur Abrechnung der vertraglichen Leistungen über die KZVB mit der AOK Bayern.
- zur Dokumentation der Behandlung.
- gegenüber den am Vertrag teilnehmenden Versicherten keine der vertragsgegenständlichen Leistungen privat abzurechnen.
- der AOK Bayern mitzuteilen, wenn ein Versicherter oder eine Versicherte regelmäßig seine Pflichten gemäß der Patientinnen- und Patienteninformation zur Teilnahmeerklärung im Rahmen des Vertrages verletzt.
- sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, dies umgehend der KZVB anzuzeigen. Mir ist bekannt, dass ich bei Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten von dem Vertrag ausgeschlossen werden kann.
- bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen, sowie die einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften (insbesondere die unmittelbar geltenden Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes, sowie – soweit zutreffend – des Bayerischen Datenschutzgesetzes) zu beachten.
- die im Rahmen dieses Vertrages zugänglich gemachten Informationen sowie Kenntnisse und Daten, die bei der Zusammenarbeit bzw. der Erfüllung der Vertragspflichten über Angelegenheiten (etwa technischer, kommerzieller oder organisatorischer Art) der Vertragspartner erlangt werden, vertraulich zu behandeln und während der Dauer sowie nach Beendigung des Vertragsverhältnisses ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der Vertragspartner nicht zu anderen Zwecken zu nutzen oder Dritten zugänglich oder bekannt zu machen. Die eigene Nutzung der Informationen ist allein auf den Gebrauch für die Durchführung des Vertrages beschränkt. Diese Verpflichtung bleibt auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses bestehen.

Versichertenbezogen verpflichte ich mich,

- den zu behandelnden Versicherten oder die zu behandelnde Versicherte vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung umfassend über die Rechte und Pflichten aus dem Vertrag, über das Widerrufsrecht, über das Krankheitsbild und die Therapiemöglichkeiten sowie über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die Datenweitergabe zu informieren, die Teilnahmeerklärung, die Patienteninformation sowie die ergänzende Patienteninformation zum Datenschutz auszuhändigen und die Aufklärung schriftlich und/oder elektronisch zu dokumentieren.
- die Teilnahmeerklärung der bzw. des Versicherten (Sonderbeleg Versicherteneinschreibung – Anlage G-3) entgegenzunehmen und diese unverzüglich an die AOK Bayern (AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, Hausarztschreibung, Postfach 2013, 92218 Amberg) weiterzuleiten. Ich leite nur Teilnahmeerklärungen an die AOK Bayern, an denen keine handschriftlichen Eintragungen im Personalienfeld und keine Änderungen oder Streichungen vorgenommen wurden, da derartige Erklärungen ungültig sind.
- das Selbstbestimmungsrecht der Patientin bzw. des Patienten und die Freiwilligkeit der Teilnahme an diesem Vertrag gemäß §§ 5, 6 und 7 stets zu beachten.
- für den Fall, dass die Versicherte bzw. der Versicherte die Teilnahme am Vertrag beendet und an einem anderen Vertrag der AOK Bayern zur Durchführung der ITN teilnimmt, die patientenrelevanten Informationen und Dokumente unverzüglich an den neu gewählten Leistungserbringer weiterzugeben, sobald dieser die Unterlagen anfordert und der Versicherte der Übermittlung zustimmt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, die Rechte und Pflichten aus dem Vertrag als rechtsverbindlich anzuerkennen. Sämtliche Rechte und Pflichten sind § 10 des Vertrages aufgeführt.

Ich versichere, dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir hier gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung sind.

Ort und Datum:

Unterschrift Vertragszahnarzt/
Vertragszahnärztin, zahnärztliche
Leitung MVZ bzw. angestellter
Zahnarzt/Zahnärztin und
anstellender Zahnarzt/Zahnärztin:

Stempel der Zahnarztpraxis