



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Medizinische Klinik III
Innere Medizin III (Kardiologie)
INF 410, 69120 Heidelberg
Fax: 06221-566547



Teilnahmeerklärung Arzt

an der Integrierten Versorgung zur
„HeiTel - telemedizinische Therapieoptimierung bei chronischer Herzinsuffizienz“

Titel _____ Vorname _____ Name _____

Str./Nr. _____ PLZ/Ort _____

Vertragsarzt - Nr. _____

Bankverbindung:

Kontoinhaber _____ Kreditinstitut _____

Kontonummer _____ BLZ _____

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o.g. Vertrag gegenüber der AOK Baden-Württemberg

- Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur Integrierten Versorgung „Telemedizinische Therapieoptimierung bei chronischer Herzinsuffizienz“ zwischen Haus-, Fachärzten und dem Universitätsklinikum sowie der AOK Baden-Württemberg informiert.
- **Mir ist insbesondere bekannt,**
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist,
 - dass ich die Beendigung meiner Teilnahme jeder Zeit in schriftlicher Form gegenüber dem Universitätsklinikum erklären kann,
 - welche Teilnahmevoraussetzungen ich gemäß oben genanntem Vertrag erfüllen muss,
 - welche vertraglichen Pflichten ich als Hausarzt laut o.g. Vertrag zu erfüllen habe,
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben aus dem o.g. Vertrag eine Vergütung erhalte,
 - dass ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o.g. Vertrag ausgeschlossen werden kann,
 - dass bei Teilnahme einer Gemeinschaftspraxis die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser und nicht jedem einzelnen Mitglied der Gemeinschaftspraxis zusteht.
- **Ich erkläre,**
 - dass ich am DMP-Programm KHK teilnehme,
 - dass ich die Dokumentation im Rahmen des Integrierten Versorgungsprogramms Telemedizin zwecks Evaluation (einschließlich Datenübermittlung) regelmäßig vornehme.
- **Ich verpflichte mich,**
 - bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten und bei der Erhebung von Patientendaten bei Dritten (§ 73 Abs. 1 b SGB V) bzw. bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten.
- **Ich bin damit einverstanden,**
 - dass meine Angaben (Name, Praxisanschrift und Arztnummer) im Teilnehmerverzeichnis veröffentlicht werden.

Datum _____ Unterschrift _____

E-mail _____

Praxisstempel