



Berufsverband der Augenärzte
Deutschlands e.V. (BVA)

medconsult | dr.heberlein
Vertragsservice
Burgwaldring 19
86697 Oberhausen-Kreut

Vertragshotline
Fon: +49 (0)8431 53 610-0
Fax: +49 (0)8431 53 610-19

Beitrittserklärung für Ärzte zum Vertrag (Nr. 171A1437001) **Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. - spectrumK GmbH**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Vertrag nach § 73 c SGB V zwischen dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. und spectrumK GmbH über ergänzende Vorsorgeuntersuchungen zur Feststellung diabetesbedingter Folgeerkrankungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Ich bin umfassend über Inhalt und Ziele des Vertrages informiert und erkläre mich mit diesen einverstanden.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.

Weiterhin verpflichte ich mich vor Weitergabe von Patientendaten die Patienten ausreichend über die Vertragsinhalte sowie den gesetzlichen und vertraglichen Zweck der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten und zuvor die schriftliche Teilnahme- und Einverständniserklärung vom Patienten auf dem Abrechnungsbogen gem. Anlage 2 des o. g. Vertrages einzuholen.

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und der Adresse in einem gesonderten Verzeichnis einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bankverbindungsdaten zu Abrechnungszwecken von der für das Beitrittsverfahren der Ärzte beauftragten medconsult | dr.heberlein an spectrumK GmbH weitergeleitet werden.

Hiermit beauftrage ich die medconsult | dr.heberlein die im Rahmen des Vertrages zur Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten nach § 295 Abs. 1b SGB V i.V.m. den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierzu erlassenen Richtlinien und Technischen Anlagen in der jeweils geltenden Fassung enthaltenen Angaben entgegenzunehmen, im erforderlichen Umfang zu verarbeiten und elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträger an die spectrumK GmbH bzw. deren beauftragten Dienstleister weiterzuleiten.

Name:
LANR:
Betriebsstätten-Nr.:
Institutionskennzeichen:
Datum, Unterschrift:

Praxis-Stempel

Kto.-Inhaber(in)	Bank	Kto.-Nr.	BLZ:
------------------	------	----------	------