

Anlage 3: Umschreibeerklärung zur Teilnahme am AOK PzV-Vertrag

Ausfüllhinweise:

Bitte füllen Sie je Kind ein Formular aus!

Füllen Sie auf Seite 2 folgende Felder aus:

- Name, Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum (geb. am)

Anschließend senden Sie uns bitte Seite 2 unterschrieben zurück an folgende Adresse:

Gemeinschaftspraxis
Dr. Brackmann & Dr. Wölfel
Mainstr. 5
95444 Bayreuth

Umschreibeerklärung zur Teilnahme am AOK PzV-Vertrag		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px;">Name, Vorname des Versicherten</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">geb. am</div>		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vertragskennzeichen

99076

Teilnahme am Kinder- und Jugendarztvertrag aufgrund Praxissitzverlegung (Umzug) oder Praxisübergabe des gewählten Kinder- und Jugendarztes

Mein Kinder- und Jugendarzt hat seit

0	1	0	1	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---

 (TTMMJJJJ) seinen Praxissitz verlegt (bitte ankreuzen) oder seine Praxis übergeben (bitte ankreuzen).

Die Teilnahme am Kinder- und Jugendarztvertrag meines Kindes/Jugendlichen endete deshalb mit Ablauf des Quartals, in dem mein gewählter Kinder- und Jugendarzt seinen Praxissitz verlegte oder seine Praxis an einen anderen Arzt übergeben hat.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind/Jugendlicher zu den nachfolgend aufgeführten Bedingungen an der pädiatriezentrierten Versorgung weiter am neuen Praxissitz meines Kinder- und Jugendarztes bzw. bei Praxisübergabe beim Nachfolger teilnehmen möchte:

- ✓ Eine Umschreibung ist nur möglich, wenn die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind.
- ✓ Den mir bekannten Bedingungen aus der Teilnahmeerklärung und den Informationen zum Datenschutz (Kurzfassung s. Rückseite) stimme ich weiterhin zu.
- ✓ Eine Umschreibung ist nur innerhalb von 2 Kalendermonaten nach dem Ende der Teilnahme meines Kindes/Jugendlichen möglich (Posteingang der Umschreibeerklärung bei der AOK Bayern). Geht diese Umschreibeerklärung bei der AOK Bayern nicht fristgerecht ein, so ist eine Neueinschreibung erforderlich.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind/Jugendlicher ab dem schriftlich mitgeteilten Teilnahmebeginn durch die AOK Bayern erneut 12 Monate an den von mir gewählten Kinder- und Jugendarzt bzw. an den neu gewählten Kinder- und Jugendarzt gebunden ist.
- ✓ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Kinder- und Jugendarztvertrag jederzeit widerrufen kann. Die Teilnahme an der pädiatriezentrierten Versorgung endet dann mit Ablauf des Quartals des Widerrufs.

Wichtiger Hinweis:
Sie erhalten für Ihr Kind/Jugendlichen von uns nach Prüfung und Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen mit gesondertem Schreiben den neuen Ausweis zur Vorlage bei Ihrem Kinder- und Jugendarzt zugesandt.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Wichtige Informationen zum Datenschutz und Bedingungen zur Teilnahme an der pädiatriezentrierten Versorgung:

Ich möchte weiterhin am Kinder- und Jugendarztvertrag der AOK Bayern teilnehmen, folgende Teilnahmebedingungen nehme ich erneut zur Kenntnis:

- ✓ Mein Kind/Jugendlicher ist ab der Umschreibung 12 Monate an den gewählten Kinder- und Jugendarzt gebunden, außer wenn ein gestörtes Arzt-/Patientenverhältnis oder ein Wohnortwechsel vorliegt.
- ✓ Mir ist bekannt, dass eine Kündigung spätestens drei Monate vor Ablauf der 12-Monatsfrist schriftlich bei der AOK Bayern einzureichen ist, da sich ansonsten die Teilnahme stillschweigend um weitere 12 Monate verlängert.
- ✓ Die Teilnahme meines Kindes/Jugendlichen endet mit Ablauf des Quartals in dem mein gewählter Arzt seinen Praxissitz verlegt, seine vertragsärztliche Tätigkeit beendet, seine Praxis an einen anderen Arzt übergibt oder seine Teilnahme an der vertragsärztlichen Tätigkeit aufgrund des Beschlusses des Zulassungsausschusses vollständig ruhen lässt. Die Teilnahme meines Kindes/Jugendlichen ist auf die Laufzeit des Kinder- und Jugendarztvertrages begrenzt.
- ✓ Mein Kind/Jugendlicher kann nicht teilnehmen, wenn Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt wurde, wenn mein Kind/Jugendlicher mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der AOK Bayern in Verzug ist und/oder wenn der Leistungsanspruch nach § 16 SGB V ruht. Treten diese Ausschlussgründe nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme meines Kindes/Jugendlichen mit Ablauf des Quartals, in dem eines dieser Ereignisse eintritt.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass der gewählte Kinder- und Jugendarzt bei der Verordnung von Arzneimitteln, soweit medizinisch möglich, Rabattarzneimittel der AOK Bayern vorrangig berücksichtigt.
- ✓ Ich wähle den Kinder- und Jugendarzt als ersten Ansprechpartner für medizinische Fragen und Lotsen durch das Gesundheitswesen und verpflichte mich für mein Kind/Jugendlichen:
 - Andere Ärzte nur in Abstimmung mit dem gewählten Kinder- und Jugendarzt auf Überweisung in Anspruch zu nehmen (Ausnahme: Augenärzte und Frauenärzte sowie der ärztliche Notdienst können auch ohne Überweisung in Anspruch genommen werden).
 - Krankenhauseinweisungen (außer in Notfällen) nur in Abstimmung mit dem gewählten Kinder- und Jugendarzt bzw. mit dem über eine Überweisung aufgesuchten Facharzt in Anspruch zu nehmen.
- ➔ Bei Nichtbeachtung beendet die AOK Bayern die Teilnahme am Kinder- und Jugendarztvertrag. Eine erneute Einschreibung ist frühestens nach Ablauf von vier Quartalen möglich. Außerdem hafte ich für mein Kind/Jugendlichen bei eventuellen Mehrkosten.

Ich möchte weiterhin, dass mein Kind/Jugendlicher am Kinder- und Jugendarztvertrag der AOK Bayern teilnimmt. Mit folgenden Informationen zum Datenschutz (Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Kinder- und Jugendarztvertrag) bin ich einverstanden:

- ✓ Befundaustausch
Es besteht Einverständnis, dass Ihr gewählter Kinder- und Jugendarzt Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erhebt und diese bei einem Arztwechsel auf Anforderung des neu gewählten Kinder- und Jugendarztes übermittelt. Wird Ihr Kind/Jugendlicher durch einen anderen Facharzt weiterbehandelt, erfolgt ein gegenseitiger Austausch zwischen dem anderen Facharzt und dem Kinder- und Jugendarzt.
- ✓ Anforderung von Unterlagen
Sie sind damit einverstanden, dass die AOK Bayern zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen bei Ihrem gewählten Kinder- und Jugendarzt durch den Medizinischen Dienst einsehen lassen kann.
- ✓ Verarbeitung patientenbezogener Daten
Zur Gewährung der Leistungen des Kinder- und Jugendarztvertrages ist die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig. Nach § 295a SGB V wurde vom BVKJ eine nichtöffentliche Stelle (privater Abrechnungsdienstleister) mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der mit Ihrer Teilnahme und im Rahmen der Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt.

Die AOK Bayern teilt dem (privaten) Abrechnungsdienstleister kontinuierlich Ihren Versicherten- und PzV-Teilnahmestatus mit. An diesen (privaten) Abrechnungsdienstleister übermittelt Ihr gewählter Kinder- und Jugendarzt, die im Rahmen der Teilnahme und Abrechnung benötigten Daten (insbesondere Diagnosen, Behandlungsdaten, Ordnungsdaten usw.). Für den (privaten) Abrechnungsdienstleister gilt das Sozialgeheimnis im Sinne des § 35 SGB I entsprechend.

Ausdrücklich nehmen Sie zur Kenntnis, dass die AOK Bayern keinen Einfluss auf die Nutzung und Speicherung der im Rahmen der Abrechnung von Kinder- und Jugendärzten an den (privaten) Abrechnungsdienstleister übermittelten personenbezogenen Daten hat.

Sie stimmen ausdrücklich einer Datenübermittlung der patientenbezogenen Daten über einen (privaten) Abrechnungsdienstleister zu.

- ✓ Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung
Es besteht Einverständnis, dass die vom (privaten) Abrechnungsdienstleister der AOK Bayern übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten (z.B. ärztliche Behandlung mit Diagnosen und Kosten) zu Abrechnungszwecken, Prüfbelangen und für das Qualitäts- und Kostencontrolling ausgewertet und genutzt werden.