

Anhang 1: Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

Hiermit beantrage ich (handelnd für die u.s. Versorgungseinrichtung) die Teilnahme (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- als primär betreuender Arzt/Brustkrebszentrum
- als molekularpathologisch tätiger Arzt/Institut für Pathologie

an den Verträgen der CONVEMA nach § 140a SGB V über die molekularpathologische Genexpressionsdiagnostik mit dem Bundesverband Deutscher Pathologen und

- der BKK-VBU (VKZ: 12000400063),
- der Techniker Krankenkasse (VKZ: 121A12TK454).

Eigenerklärung

Ich habe die Partnervereinbarungen der o.g. Verträge gelesen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden. Ferner wurde ich darüber aufgeklärt und stimme zu,

- dass eine Haftungsbeschränkung zugunsten der CONVEMA und der teilnehmenden Krankenkassen besteht, nach der die beigetretenen Krankenkassen und die CONVEMA nicht für Schäden haften, die durch die Ärzte in Ausübung ihrer Tätigkeiten nach den zwischen CONVEMA und den Ärzten abgeschlossenen Verträgen entstanden sind,

- dass ich für die Richtigkeit meiner Qualifikationsnachweise und meiner Stammdaten CONVEMA gegenüber verantwortlich bin und CONVEMA sowie die teilnehmenden Krankenkassen von Ansprüchen Dritter wegen eines falschen Qualifikationsnachweises oder falscher Angaben freistelle,
- dass CONVEMA nicht überprüft und keine Gewähr dafür übernimmt, dass der Arzt die abgerechnete Leistung tatsächlich erbracht hat, oder für die inhaltliche Richtigkeit der Abrechnungsunterlagen, sondern dass hierfür allein der jeweilige Arzt haftet.

Ich habe eine Haftpflichtversicherung für meine Tätigkeit, die auch die Tätigkeit meiner Mitarbeiter umfasst, in angemessener Höhe abgeschlossen. Diese gilt auch für sämtliche Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit Verträgen nach § 140a SGB V stehen.

In einem Schadensfall stelle ich die anderen Beteiligten an diesem Vertrag von Ansprüchen Dritter frei, die in meinem Handeln oder dem Handeln meiner Hilfspersonen entstehen oder entstanden sind.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages. Insbesondere verpflichte ich mich zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß dem Sozialgesetzbuch V und X.

Praxisname / MVZ / Klinik / Institut		Ausführende Einrichtung / Zentrum	
Titel		Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon-Nr.		Fax-Nr.	
Internetadresse		E-Mail:	
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)	
Institutionskennzeichen (IK falls vorhanden)			
Berufsausübungsgemeinschaft mit:			
Name des Geldinstituts			
IBAN		BIC	

Ort, Datum

Name, Unterschrift

Stempel Arzt / MVZ / Klinik / Institut