

**Anlage 1**  
**Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes**

zum Vertrag über die Durchführung der Vroni-Studie im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der BVKJ-Service GmbH und dem Deutschen Herzzentrum München.

**Bitte füllen Sie alle Felder leserlich aus!**

Titel		Vorname		Name	
Straße, Hausnr.				PLZ, Ort	
Telefon				Fax	
Email					
LANR				BSNR der Hauptbetriebsstätte *)	
IBAN				BIC	
Name des Kreditinstituts					
Ich bin zugelassene/r Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> angestellter Arzt				Ich bin Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich bin zugelassene/r Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin mit abgeschlossener pädiatrischer Weiterbildung ( <b>bitte Nachweis beifügen</b> ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nachweise liegen bereits vor				Ich nutze/habe einen Zugang zu PädInform (Intranet des BVKJ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**\*) bei Tätigkeit an mehreren Betriebsstätten bitte Anschriften und BSNR gesondert mitteilen!!!**

1. Ich erkläre verbindlich gegenüber der BVKJ-Service GmbH meine Teilnahme an o. g. Vertrag. Inhalte und Ziele des Vertrages sind mir bekannt. Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages, auch soweit diese hier nicht gesondert genannt sind. Ich erfülle die im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen und werde die BVKJ-Service GmbH unverzüglich informieren, wenn ich diese Voraussetzungen nicht mehr erfülle oder sich Änderungen der o. a. Daten ergeben.

2. Mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist;
- ich bei fortgesetzter Nichteinhaltung der Vertragspflichten nach einer schriftlichen Abmahnung von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werde;
- die BVKJ-Service GmbH berechtigt ist, von den vertraglich vereinbarten Vergütungen die Verwaltungskostenpauschalen in Abzug zu bringen
- ich die im Rahmen der *Vroni Studie* erbrachten Leistungen nicht doppelt abrechnen darf;
- die BVKJ-Service GmbH berechtigt ist, zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben ein oder mehrere Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen;
- meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen dem Deutschen Herzzentrum München (DHM) und dem/den beauftragten Dienstleistungsunternehmen zur Verfügung gestellt werden und von diesen zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.
- die Verwendung meiner Daten für eine telefonische Kontaktaufnahme möglich ist.

3. Ich erkläre hiermit meine Zustimmung zu Vertragsanpassungen, die die Vertragspartner im Rahmen der Weiterentwicklung des Vertrages vornehmen. Sofern ich mit den Vertragsanpassungen nicht einverstanden bin, bin ich berechtigt, meine Teilnahme mit Wirkung des Zeitpunktes des Inkrafttretens der jeweiligen Vertragsanpassung zu kündigen.

4. Ich verpflichte mich

- zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht;
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, der EU-DSGVO und weiterer Spezialvorschriften für die Datenbearbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen;
- zur Einhaltung der Regelungen aus diesem Vertrag, auch soweit diese hier nicht gesondert genannt sind.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift des Vertragsarztes

**per Fax an: 0221 – 6890929**  
**BVKJ-Service GmbH, Mielenforster Str. 4, 51069 Köln**  
**eMail: bvkjservicegmbh@uminfo.de**

Vertragsarztstempel