



Beitrittserklärung für Frauenärzt*innen zur besonderen Versorgung „M@dita - Mutterschaftsvorsorge@digital im Team von Anfang an“

Bitte füllen Sie diese Beitrittserklärung direkt in der PDF-Datei aus und senden diese ausgedruckt und unterschrieben an die untenstehende Adresse.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur Durchführung des ambulanten Versorgungskonzeptes „M@dita“ in Schleswig-Holstein gemäß § 140a SGB V informiert. Die vereinbarten Ziele und die Abläufe der gemeinsamen Versorgung habe ich gelesen und verstanden.

Mit dieser Beitrittserklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages zur besonderen Versorgung.

Meine Abrechnung mit der KVSH bleibt hiervon unberührt. Mir ist bekannt, dass eine parallele Abrechnung von Leistungen (sog. Doppelabrechnung) aus diesem Vertrag über die KVSH unzulässig ist. Ein Verstoß führt zur fristlosen Kündigung der Teilnahme an diesem Vertrag.

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahme am Vertrag jederzeit beenden kann und diese automatisch mit Beendigung meiner Tätigkeit als Vertragsarzt endet. Eine Kündigung muss schriftlich sechs Wochen zum Quartalsende gegenüber der OptiMedis AG erfolgen.

Ich bin einverstanden,

- a) dass mein Name und meine Kontaktdaten auf den Webseiten der Ärztenossenschaft Nord eG und von M@dita veröffentlicht sowie über das M@dita-Portal an ebenfalls beigetretene Leistungserbringer (Frauenärzt*innen und Hebammen) und über die M@dita-App an teilnehmende Versicherte weitergegeben werden.
- b) dass die Vertragspartner AOK NORDWEST, Techniker Krankenkasse, Ärztenossenschaft Nord eG und OptiMedis AG sowie der Evaluator (Hamburg Center for Health Economics) die für die vertraglich festgelegten Aufgaben notwendigen Daten erhalten (vgl. S. 3).

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenübertragung widerrufen kann. Damit endet meine Teilnahme am M@dita-Vertrag, aber abrechnungsrelevante Daten für eine ggf. notwendige Abrechnung und pseudonymisierte Daten für die Evaluation bleiben gespeichert. Nach meinem Widerruf werden die hinterlegten Kontaktdaten nicht mehr auf der Website der Ärztenossenschaft Nord eG angezeigt oder von M@dita veröffentlicht und für gesonderte Verzeichnisse an beigetretene Leistungserbringer, teilnehmende Versicherte und die Vertragspartner gesperrt.

Ich verpflichte mich entsprechend der Teilnahmevoraussetzungen nach Paragraph 4 Abs. 7 an einer technischen Einweisung in das M@dita-Portal durch die OptiMedis AG teilzunehmen.

Bitte geben Sie an, ob Sie über eine Fortbildung zur motivierenden Gesprächsführung oder der psychosomatischen Grundversorgung verfügen bzw. stimmen Sie der Teilnahme an einer kostenlosen Fortbildung zur motivierenden Gesprächsführung innerhalb der kommenden 12 Monate zu.

- Ja, ich verfüge über eine Fortbildung zur motivierenden Gesprächsführung oder der psychosomatischen Grundversorgung und kann auf Anfrage einen Nachweis darüber vorlegen.
- Nein, ich verfüge über keine Fortbildung zur motivierenden Gesprächsführung oder der psychosomatischen Grundversorgung. Ich erkläre mich bereit innerhalb der nächsten 12 Monate an einer Fortbildung zur motivierenden Gesprächsführung teilzunehmen.



Kontaktdaten

Anrede *	Straße *		Hausnummer *
Titel		PLZ *	Ort *
Nachname *		Tel. *	
Vorname*		+49 Handynummer	
E-Mail-Adresse *		Fax	

Leistungserbringerdaten

LANR *	BSNR *
Kontaktperson Vorname	Kontaktperson Nachname

Bankverbindung

IBAN *	Kontoinhaber*in *
--------	-------------------

Teilnahme am M@dita-Programm

Teilnahme ab (wenn das Feld frei bleibt, gilt das Datum der Unterschrift)

Rechnungsadresse

Name *	Straße *		Hausnummer *
Vorname *	Postleitzahl *	Ort *	

Die mit einem Stern (*) markierten Felder sind Pflichtfelder, die zur Bearbeitung Ihrer Beitrittserklärung benötigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Frauenärzt*in

Nur bei angestellten Ärzt*innen auszufüllen:

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber*in

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung
per Post an:

OptiMedis AG
M@dita - Geschäftsstelle
Burchardstraße 17
20095 Hamburg



Notwendige Daten für die vertraglich festgelegten Aufgaben

Die für die vertraglich festgelegten Aufgaben notwendigen Daten umfassen folgende Bereiche:

1) Kontaktdaten erhalten

- › die OptiMedis AG für die M@dita-Homepage (Berufsgruppe, Anrede, Titel, Vorname, Nachname, PLZ, Ort, E-Mail, Telefonnummer) und alle weiteren Daten aus der Beitrittserklärung für die technische / fachliche Administration.
- › das HCHE (Hamburg Center for Health Economics) für die Befragung innerhalb der Evaluation (Anrede, Titel, Nachname, E-Mail, Telefonnummer).
- › die Ärztegenossenschaft Nord eG für ihre Homepage (BSNR/LANR, Anrede, Titel, Vorname, Nachname, PLZ, Ort, E-Mail, Telefonnummer).
- › die Krankenkassen AOK NORDWEST, Techniker Krankenkasse (BSNR/LANR, Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Teilnahme ab/-bis).

2) Abrechnungsdaten nach § 295 1b SGB V erhält

- › die Ärztegenossenschaft Nord für die Abrechnung (vergleiche auch § 13, (8) des § 140 a SGB V M@dita-Vertrages).

3) Pseudonymisierte Nutzungsdaten (je nach Ihrer Cookieeinstellung im M@dita-Portal) erhält

- › das HCHE (Hamburg Center for Health Economics) für die Evaluation (vergleiche § 140 a SGB V M@dita-Vertrag § 10, (1), Anlage 10, Punkt 4.1.3).