



## Beitrittserklärung für Hebammen 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 reguläre Abrechnung der gesetzlichen Leistungen mit der Krankenkasse bleibt hiervon unberührt. Mir ist bekannt, dass eine Doppelabrechnung von Leistungen 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 nach § 134a SGB V 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 Ärztegenossenschaft 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 wird.

Bitte hier ankreuzen, falls Ihre Straße und Hausnummer davon ausgenommen werden soll.

b) dass die Vertragspartner AOK NORDWEST, Techniker Krankenkasse, Ärztegenossenschaft Nord eG und OptiMedis AG sowie der Evaluator (Hamburg Center for Health Economics) und ggf. der Hebammenverband Schleswig-Holstein e. V. 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 Ärztegenossenschaft 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 § 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 verfügen bzw. stimmen Sie der Teilnahme an einer kostenlosen Fortbildung zur Einführung in die motivierende Gesprächsführung innerhalb der kommenden 12 Monate zu.

Ja, ich verfüge über eine Fortbildung zur motivierenden Gesprächsführung und kann auf Anfrage einen Nachweis darüber vorlegen.

Nein, ich verfüge über keine Fortbildung zur motivierenden Gesprächsführung. Ich erkläre mich bereit, innerhalb der nächsten 12 Monaten an einer Fortbildung zur Einführung in die motivierende Gesprächsführung teilzunehmen.

### Bitte geben Sie an, ob Sie Mitglied im Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V. sind.

Ja, ich bin Mitglied im Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V. Meine Mitgliedsnummer lautet:

Nein, ich bin kein Mitglied im Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V.



## Kontaktdaten

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

## Leistungserbringerdaten

IK-Nummer *	Name der Hebammenpraxis
-------------	-------------------------

## 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 Hebamme

Nur auszufüllen bei Anstellung in einer Hebammenpraxis:

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 weitere 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 (IK, Anrede, Titel, Vorname, Nachname, PLZ, Ort, E-Mail, Telefonnummer).
- › die Krankenkassen AOK NORDWEST, Techniker Krankenkasse (IK, Anrede, Titel, Vorname, Nachname Teilnahme ab/-bis).

### 2) Abrechnungsdaten nach § 295 1b SGB V erhält

- › die Ärztegenossenschaft Nord eG 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).