

TEILNAHMEERKLÄRUNG / VEREINBARUNG: „Kinder-Bereitschaftsdienst in Graz“

Ich erkläre, ab dem heutigen Tage den „**Kinder-Bereitschaftsdienst in Graz**“ selbstständig, eigenverantwortlich und im Rahmen meiner Tätigkeit als Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde auszuüben. Mit dem ärztlichen Bereitschaftsmodell (Ordinationsdienst am Wochenende und an Feiertagen) ist **grundsätzlich eine freiwillige Teilnahme am System möglich, ich bin aber zur Leistung der von mir angemeldeten Dienste, entsprechend den jeweils vorgegebenen bzw. aktualisierten Teilnahmebedingungen, verpflichtet.**

Bei wiederholter Missachtung der Vorgaben und Abläufe ist die GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH als organisierende Institution berechtigt, meine Teilnahme am Bereitschaftsdienst zeitlich zu befristen, örtlich zu beschränken oder vollends zu widerrufen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das gegenständliche ärztliche Bereitschaftsmodell bei Bedarf Anforderungen angepasst wird und verpflichte mich, mich über Änderungen und Anpassungen am Bereitschaftsmodell auf der Homepage: <http://www.gesundheitsversorgung-steiermark.at/> laufend zu informieren und dies beim Einbuchen von Diensten zu bestätigen.

Ich erkläre ausdrücklich, unwiderruflich und vorbehaltlos, dass es weder jetzt noch künftig mein Wille ist, durch diese Tätigkeit in ein wie immer geartetes Vertragsverhältnis zur GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH oder zum Land Steiermark oder zu einer an diese Stelle tretende Organisationseinheit zu treten.

Ich verfüge eigenverantwortlich über die im Rahmen meiner selbstständigen Berufsausübung der Tätigkeit als Ordinationsärztin bzw. Ordinationsarzt notwendigen Versicherungen (z.B. berufsberechtigt geführt in einer Ärztekammer, Berufshaftpflichtversicherung lt. Ärztegesetz). Ich verpflichte mich hiermit jedwede Einschränkung, den Wegfall bzw. sonstige Änderungen meiner Daten der GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH umgehend zu melden, sowie meine Daten zur Erreichbarkeit entsprechend zu warten.

Ich bin zur Erteilung von Auskünften im Zusammenhang mit dem Bereitschaftsdienst, insbesondere zur Bekanntgabe von Daten, die für die Abrechnung erforderlich sind, gegenüber der GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH, dem Roten Kreuz Steiermark und den Krankenversicherungsträgern verpflichtet. Diese haben entsprechend der Datenschutz-Grundverordnung ausreichende Sicherheitsmaßnahmen im Sinne der Art. 24, 25, 32 DSGVO (Datensicherheitsmaßnahmen) durchzuführen, um zu verhindern, dass Daten zweckwidrig verwendet werden.

Der Bereitschaftsdienst wird mir von der GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH, als auszahlende Organisation, pauschal gemäß dem aktuell gültigen Tarifsystem für diesen Bereitschaftsdienst abgegolten.

Im Ordinationsdienst sind mit den gewährten Pauschalbeträgen alle meine Leistungen abgegolten und es ist untersagt von Patient/inn/en bzw. deren gesetzlichen Vertreter/inne/n Zuzahlungen jeglicher Art (Honorarnoten) zu verlangen.

Ich verpflichte mich zur vollständigen Durchführung der Online-Dokumentation aller mit dem Bereitschaftsdienst in Zusammenhang stehenden Ordinationsbesuche bzw. dem zeitgerechten Einloggen (Anmeldung) zu Dienstbeginn und Ausloggen (Abmeldung) bei Dienstende in der jeweils letztgültigen (Android/iOS) Handy-App-Version inkl. korrekter GPS-Datenübertragung. Anhand dieser Vorgaben als Basis und Grundlage dieser Vereinbarung erfolgt die entsprechende zeitnahe Abrechnung, wobei die verpflichtende Dokumentation nach dem Ärztegesetz davon unberührt aufrecht bleibt.

Gebuchte Dienste sind grundsätzlich persönlich und unmittelbar zu leisten. Im Falle einer Verhinderung obliegt es mir selbst, für eine entsprechende Vertretung zu sorgen.

Die GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH kann erst nach vollständiger und korrekter Online-Dokumentation sowie bei zeitgerechtem Einloggen (Anmeldung) zu Dienstbeginn und Ausloggen (Abmeldung) bei Dienstende ihre Zahlungspflicht, für die von mir gemäß dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen wahrnehmen.

Angabe meiner Daten:

Eine **Kopie meines Reisepasses/Personalausweises** lege ich zu der von Ihnen verpflichtend durchzuführenden Identitätsprüfung bei. Ich werde meine Daten entsprechend online warten, Änderungen sind schriftlich einzubringen.

Titel:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

**Wohnadresse:
(inkl. Ort und PLZ)**

Mobiltelefon:

E-Mail:

Ärztchammer für:

ÖÄK-Arztchammer:

**ÖGK-Vertragspartnernr.:
(wenn vorhanden)**

Ordinationsadresse:

Kassenverträge: ÖGK BVAEB SVS KFA-G KFA-W

Wahlärztin/Wahlarzt ohne jeglichen Kassenvertrag

Die Überweisung der Honorare soll auf folgendes Konto erfolgen:

IBAN: _____

BIC: _____

**Kontoinhaber/in
(Kontowortlaut):** _____

bei der Bank: _____

Datenschutz: Ich habe die Datenschutzerklärung in der Anlage gelesen.

Diese Vereinbarung wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann unter Einhaltung einer vierwöchigen Kündigungsfrist zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Datum:

Unterschrift:

Anlage:

- Datenschutzerklärung