



 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Kassenärztliche Vereinigung Saarland	Europaallee 7-9 66113 Saarbrücken Tel.-Nr.: 0681/99837-0 Fax-Nr.: 0681/99837-530
--	---	---

**Antrag auf Aufnahme in das Vertreterverzeichnis
der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland
gem. § 8 der Bereitschaftsdienstordnung**

Bitte Antrag vollständig und gut lesbar in Druckschrift ausfüllen

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Titel:		Nationalität:	
Privatanschrift:			
 Privat:	Handy Privat:	Fax:	
Dienstanschrift:			
 dienstlich:			
Verbindliche E-Mail-Adresse für die Benutzung der Dienstplanungssoftware BD-Online:			
Verbindliche Telefonnummer für die Erreichbarkeit im Bereitschaftsdienst (wird an die Rettungsleitstelle weitergegeben):			

1. Datum Ihrer Approbation: _____ (beglaubigte Kopie ist beizufügen)

2. Bisheriger ärztlicher Werdegang:

(Bitte alle Zeugnisse Ihrer bisherigen ärztlichen Tätigkeit in Kopie beifügen)

a) davon klinische Tätigkeit:

(Name und Ort der Klinik)

Anästhesie	_____	Monate	in:	_____
Chirurgie	_____	Monate	in:	_____
Innere Medizin	_____	Monate	in:	_____
Pädiatrie	_____	Monate	in:	_____
sonstige	_____	Monate	in:	_____

b) davon Tätigkeit in Praxen niedergelassener Ärzte: (Name und Ort der Praxis)

Allgemeinmedizin	_____	Monate	in:	_____
Chirurgie	_____	Monate	in:	_____
Innere Medizin	_____	Monate	in:	_____
sonstige	_____	Monate	in:	_____

**c) bereits erworbene Gebietsarzt-, Fachkundebezeichnung etc.:
(Kopie Facharztzeugnis ist beizufügen)**

3. Angaben zur aktuellen Tätigkeit:

a) Wird aktuell eine ärztliche Tätigkeit durchgeführt?

ja nein

b) Wenn ja, seit wann besteht diese Tätigkeit? _____

c) Zeitlicher Umfang der Tätigkeit? _____

d) In welcher Form wird die Tätigkeit ausgeübt?

als Weiterbildungsassistent als Arzt im Krankenhaus
 sonstige: _____ (bitte erläutern)

e) Name und Adresse des Arbeitgebers:

**f) Besteht mit Ihrem Arbeitgeber eine Absprache zur Genehmigung einer
Nebentätigkeit?**

ja in welchem Umfang? _____ nein
(bitte Vordruck Nebentätigkeitsvereinbarung Arbeitgeber beifügen – **Anlage 4**)

g) Bei Tätigkeit im Krankenhaus:

Aktuelle Funktion: _____
Station: _____

h) Besteht eine Verpflichtung zur Teilnahme am klinischen Bereitschaftsdienst?

ja nein

Wenn ja, in welchem Umfang? _____

4. Zusätzliche Erfahrungen im Notfalldienst:

Hospitation in einer Bereitschaftsdienstpraxis (BDP) im Bereich der KV Saarland
(je 2 Stunden Tag und 2 Stunden Nacht)

ja, BDP in nein

(Bitte Nachweis/Bestätigung des diensthabenden Arztes der BDP beifügen)

5. Angaben über bisher im Rahmen des organisierten Notfalldienstes ausgeübte Tätigkeiten: (Bitte Nachweise in Kopie beifügen)

6. Werden von Ihnen ärztliche Bereitschaftsdienste auch in anderen KV-Bezirken durchgeführt bzw. ist dies von Ihnen geplant?

ja nein

Wenn ja, in welchen? _____

In welchem Umfang? _____

7. Ärztliche Qualifikation im Bereich der Notfallmedizin:

a) Zusatzbezeichnung Notfallmedizin:

ja nein
(wenn ja, Nachweis bitte in Kopie beifügen)

b) Fachkundenachweis Rettungsdienst:

ja nein
(wenn ja, Nachweis bitte in Kopie beifügen)

c) Beherrschen Sie folgende Notfallmaßnahmen:

Herz-Lungen-Wiederbelebung mit Atemspende und externer Herzmassage?

ja nein

Intubation und künstliche Beatmung?

ja nein

Übliche Infusions- und Injektionstechniken?

ja nein

**8. Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung:
(Kopie Versicherungsnachweis ist beizufügen)**

(Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens, Versicherungsnummer)

Anlage 1: „Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung für Vertreter im Vertreterverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland“ ausfüllen und unterschreiben

Anlage 2: Vordruck „Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung für den ärztlichen Bereitschaftsdienst“

9. Nur für Bewerber ohne Approbationsurkunde:

Eine Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung (BÄO) liegt für den kompletten Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland vor

ja nein

Berufserlaubnis ist gültig bis: _____

(Kopie Berufserlaubnis ist beizufügen - bei befristeter Berufserlaubnis bitte nach Verlängerung Wiedervorlage bei der KV Saarland)

10. Nach einem 24-Stunden-Dienst in den Bereitschaftsdienstpraxen als Eigeneinrichtungen der KV Saarland verpflichte ich mich, bis zum nächsten Dienstantritt in einer BDP für eine ausreichende Ruhezeit Sorge zu tragen.

Ich bestätige, alle Daten wahrheitsgemäß angegeben zu haben.

Mit Aufnahme in das Vertreterverzeichnis erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im benötigten Umfang in den im ärztlichen Bereitschaftsdienst genutzten Systemen erfasst, genutzt und veröffentlicht werden dürfen. Mir ist bekannt, dass somit alle Personen mit Zugriff auf diese Systeme (alle am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Kollegen, Obleute, berechnete KVS-Mitarbeiter, Mitarbeiter der Bereitschaftsdienstpraxen) zumindest meinen vollständigen Namen, Arztstatus, meine Telefonnummer für die Erreichbarkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie meine von mir angegebene E-Mail-Adresse zur Kenntnis nehmen können.

Zudem ist mir bekannt, dass zumindest mein vollständiger Name, mein Arztstatus und meine Telefonnummer für die Erreichbarkeit im Bereitschaftsdienst der Rettungsleitstelle übermittelt werden.

Ebenso wird von mir ausdrücklich meine Zustimmung erteilt, dass die KV Saarland Daten (Name, Titel, LANR, Anschrift, Bankverbindung, Arztstatus), die für die Erstellung von Privatrechnungen sowie zur Auszahlung meiner in den Bereitschaftsdienstpraxen erbrachten privatärztlichen Leistungen notwendig sind, an die mediserv Bank GmbH als beauftragten Abrechnungsdienstleister übermittelt.

Für die Auszahlung privatärztlicher Leistungen ist folgende Bankverbindung zu verwenden:

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass meine oben erteilten Einwilligungen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden können. Ein Widerruf der Einwilligung ist mit der Streichung aus dem Vertreterverzeichnis verbunden

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 1

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Bereich Sicherstellung
Europaallee 7 - 9
66113 Saarbrücken

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung **für Vertreter im Vertreterverzeichnis der** **Kassenärztlichen Vereinigung Saarland**

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 8 Abs. 4 der Bereitschaftsdienstordnung für meine Tätigkeit als Vertreter im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland verpflichtet bin, einen ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz abzuschließen.

Ich bestätige das Bestehen des entsprechenden Versicherungsschutzes.

Außerdem verpflichte ich mich, jede Veränderung des bestehenden, mittels Bescheinigung nachgewiesenen Versicherungsschutzes unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland / Bereich Sicherstellung schriftlich mitzuteilen.

Titel Vorname Name

Unterschrift

Datum

Anlage 2



**Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung
für den ärztlichen Bereitschaftsdienst**

Hiermit wird bestätigt, dass für

(Titel, Vorname, Name)

(geb. am)

(Anschrift)

aktuell bei unserem Versicherungsunternehmen eine Berufshaftpflichtversicherung besteht. Der Versicherungsschutz beinhaltet die Tätigkeit des vorgenannten Arztes im ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Angaben zum bestehenden Vertrag sowie Versicherungsgesellschaft:

(Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens)

(Nummer des Versicherungsscheins)

(Beginn des Versicherungsschutzes)

(Anzahl der im Vertrag abgesicherten ärztlichen Bereitschaftsdienste **pro Jahr**)

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel Versicherungsunternehmen)

Anlage 3

Erklärung zum Vorhalten eines elektronischen Heilberufsausweises eHBA der 2. Generation

Im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Ärztin/Arzt im ärztlichen Bereitschaftsdienst ergibt sich aufgrund gesetzlicher Bestimmungen ab 2022 die Notwendigkeit der Nutzung elektronischer Anwendungen im Rahmen der Telematik-Infrastruktur. In diesem Zusammenhang wird die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eAU sowie das eRezeptes für gesetzlich Versicherte auch im ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtend. Für die Ausstellung einer eAU sowie des eRezeptes ergibt sich damit für die diensthabenden Ärzte die zwingende Notwendigkeit, auch im ärztlichen Bereitschaftsdienst einen eHBA der 2. Generation vorzuhalten, um die notwendigen Signaturen auf den entsprechenden Formularen digital tätigen zu können.

Für Ihre Aufnahme in das Vertreterverzeichnis ist es daher unumgänglich, in Besitz eines elektronischen Heilberufsausweises eHBA der 2. Generation zu sein und diesen für die Durchführung der ärztlichen Bereitschaftsdienste vorzuhalten. Eine Aufnahme in das Vertreterverzeichnis kann daher erst erfolgen, wenn Sie im Besitz eines entsprechenden Ausweises sind.

Erklärung zum elektronischen Heilberufsausweis der 2. Generation:

- Ich versichere, dass ich bereits in Besitz eines eHBA 2.0 / 2.1 bin und diesen nach meiner Aufnahme in das Vertreterverzeichnis bei meinen ärztlichen Bereitschaftsdiensten vorhalte.

Zuständige Ärztekammer: _____

Ausweisnummer (s. Ausweiserückseite) _____

Gültigkeitsdauer: _____

- Bislang bin ich nicht in Besitz eines gültigen eHBA 2.0 / 2.1. Ich erkläre jedoch, den Heilberufsausweis bei meiner zuständigen Ärztekammer beantragt zu haben.

Beantragungsdatum: _____ (bitte Nachweis über Beantragung beifügen)

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgemäß getätigt zu haben.

Titel Vorname Name

Unterschrift

Datum

Anlage 4

Zur Vorlage bei der
Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Genehmigung einer Nebentätigkeit

Arbeitgeber:

Name des Arbeitgebers:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Ansprechpartner:	

Arbeitnehmer:

Name des Arbeitnehmers:	
Anschrift:	

Erklärung des Arbeitgebers:

Im Rahmen einer freiberuflichen Nebentätigkeit ist dem Arbeitnehmer die Übernahme Ärztlicher Bereitschaftsdienste im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland gestattet.

- nein**
- ja** **in beliebigem Umfang**
- bis zu Dienste im Kalenderjahr**

Wichtiger Hinweis für den Arbeitgeber: Sofern Sie Einschränkungen zum Umfang / Ausübung bei der Genehmigung zur Nebentätigkeit Ihres Arbeitnehmers ausgesprochen haben, bitten wir Sie um Beachtung, dass die Einhaltung von der KV Saarland nicht geprüft und nachgehalten werden kann. Der Arbeitnehmer hat selbst dafür Sorge zu tragen, dass die mit Ihnen getroffene Vereinbarung zur Übernahme Ärztlicher Bereitschaftsdienste eingehalten wird. Ihre Zustimmung ist jederzeit widerruflich.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Information zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS) verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Saarländischen Datenschutzgesetzes (SDSG) sowie des Sozialgesetzbuch.

1. Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen sowie des Datenschutzbeauftragten:

Verantwortlich im Sinne der Gesetze ist die:

Datenschutzbeauftragter der KVS:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7 – 9
66113 Saarbrücken
Deutschland
Telefon: 0681 99 83 70
Fax: 0681 99 83 7-140
E-Mail: info@kvsaarland.de

Herr Patrick Schumacher
Europaallee 7 - 9
661113 Saarbrücken
Deutschland
Telefon: 0681 99 83 70
Fax: 0681 99 83 7-140
E-Mail: datenschutz@kvsaarland.de

2. Zwecke der Datenverarbeitung durch die KVS

Die KVS verarbeitet die von Ihnen angegebenen Daten zum Zwecke der Durchführung der Bereitschaftsdienste und der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus Heilbehandlungen von GKV-Patienten und von Privatpatienten durch den Dienstleister mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken.

3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung erfolgt auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 DSGVO. Die Einwilligung kann jederzeit gegenüber der KVS widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist zur Durchführung des Bereitschaftsdienstes und Abrechnung der von Ihnen erbrachten Leistungen bei GKV-Patienten notwendig. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung bzgl. der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist dies mit einem Ausschluss aus dem Vertreterverzeichnis verbunden.

Die Übermittlung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten ist für die Abrechnung der von Ihnen erbrachten Leistungen hinsichtlich der Behandlung von privatversicherten Patienten erforderlich. Werden diese Informationen nicht bereitgestellt, kann eine Abrechnung über die mediserv Bank GmbH nicht erfolgen. Der Widerruf der Einwilligung ist mit einem Ausschluss aus dem Vertreterverzeichnis verbunden.

4. Kategorien personenbezogener Daten

Die KVS verarbeitet folgende Sie betreffende personenbezogene Daten: vollständiger Name, Titel, Lebenslange Arztnummer, Telefonnummer, Bankverbindung, Arztstatus, E-Mail-Adresse, alle weiteren oben von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten, sowie die von Ihnen bei der Durchführung der Behandlungen im Bereitschaftsdienst erhobenen medizinischen Daten und Kontaktdaten der Patienten.

5. Empfänger der personenbezogenen Daten

Die KVS übermittelt die oben angegebenen Sie betreffenden personenbezogenen Daten an Krankenkassen zum Zwecke der Abrechnung der von Ihnen erbrachten Leistungen im Rahmen der Behandlung von GKV-Patienten, sowie an die mediserv Bank GmbH zum Zwecke der Abrechnung der von Ihnen erbrachten Leistungen im Rahmen der Behandlung von Privatpatienten. Wir weisen darauf hin, dass eine Weitergabe der personenbezogenen Daten des Antragstellers, über die im Antrag aufgeführten Empfänger hinaus, durch die KV nicht erfolgt.

Zudem werden zum Zwecke der Durchführung des Bereitschaftsdienstes die notwendigen Sie betreffenden personenbezogenen Daten an die Rettungsleitstelle des ZRF Saar übermittelt, dabei handelt es sich zumindest um Ihren vollständigen Namen, Ihren Arztstatus und die Telefonnummer über die Sie im Bereitschaftsdienst erreichbar sind.

6. Dauer der Datenspeicherung

Die Sie betreffenden personenbezogenen Daten werden nur solange gespeichert, wie sie für die Erreichung des o.g. Zwecks erforderlich sind. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die KVS unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Sperrung oder Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht.

7. Ihre Rechte

Sie haben das Recht Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten jederzeit gegenüber der KVS zu widerrufen.

Sie haben darüber hinaus das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO und Art. 20 DSGVO Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.