

**PädExpert® - telemedizinisches pädiatrisches Konsiliarsystem
 in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin**
ERKLÄRUNG ZUR VERTRAGSTEILNAHME FÜR FACHÄRZTE IN EXPERTENFUNKTION

Name des Arztes / der Ärztin		LANR	
Geburtsdatum		BSNR	
Praxisanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Telefon	
		Fax	
Fachgebiet		Paedexpert-Modul	
Kreditinstitut		BIC	
IBAN (22-stellig)			

Bitte ankreuzen:

- Ich bin niedergelassener Kinder- und Jugendarzt mit Schwerpunktbezeichnung
 Ich bin Kliniker mit einer Ermächtigung zur vertragsärztlichen (Schwerpunkt-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Ich bestätige hiermit, dass ich den Vertrag „PädExpert®“, sowie die „Information für Ärzte“ in der Anlage zum Vertrag gelesen und eine Kopie hiervon erhalten habe. Die Ziele, die Verantwortlichkeiten, die Bedeutung und Tragweite sowie die Qualifikationsvoraussetzungen der fachärztlichen Konsultation in PädExpert® sind mir bekannt. Offene Fragen habe ich mit den Verantwortlichen der PädExpert-Leitung (Dr. Martin Lang oder Prof. Dr. Stefan Eber oder Dr. W. Landendörfer) ausführlich besprochen.

Ich erkläre mich hiermit bereit, als Experte in PädExpert® teilzunehmen. Eintreffende Konsultationen werde ich nach den vorgegebenen Antwortzeiten und nach bestem fachärztlichen Wissenstand bearbeiten. Eine Verhinderung (z.B. Urlaub, Krankheit) werde ich der Pädexpert-Leitung unverzüglich anzeigen.

Die Teilnahme als Experte in PädExpert® und mein Einverständnis sind freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich das Einverständnis hierzu jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Mir ist bekannt, dass von der mir nach dem Vertrag „PädExpert“ in der jeweils aktuellen Fassung ärztlichen Vergütung die technischen Leistungen für PädExpert® (insbesondere die Kosten für die serverbasierte IT und das medizinische Management sowie Verwaltungskosten) durch den Abrechnungsdienstleister abgezogen werden. Die Kosten können insoweit Änderungen unterliegen. Ich bin damit einverstanden.

Ich bin mit der im Rahmen von PaedExpert® erfolgenden Aufzeichnung von Daten meiner ärztlichen Tätigkeit einverstanden. Im Rahmen einer Evaluation werden zusätzlich Daten/Krankheitsdaten meiner ärztlichen Tätigkeit anonymisiert aufgezeichnet und wissenschaftlichen Zwecken (z.B. Analyse im Hinblick auf Zeitraum bis zur Diagnosestellung) zur Verfügung gestellt. Mit dieser Vorgehensweise bin ich ebenfalls einverstanden.

Praxisort, Datum	Unterschrift Teilnehmer	Praxisstempel
------------------	-------------------------	---------------