

Anlage zur Anforderung eines Teamzuganges für das Serviceportal der KZV Schleswig-Holstein

Ich verpflichte mich hiermit dazu, vertragszahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten nur entsprechend den vertraglichen Bestimmungen zu erbringen und abzurechnen und nur nach Maßgabe des § 9 BMV-Z persönlich erbrachte Leistungen abzurechnen.

Ich bestätige, dass grundsätzlich eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung unter Beachtung des Grundsatzes von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgt, dass die Abrechnungen sachlich richtig erfolgen und dass genehmigte Programmversionen verwendet werden.

Ich erkläre, dass

- a) nur tatsächlich entstandene Material- und Laborkosten von gewerblichen Laboratorien von mir abgerechnet werden und Rückvergütungen wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten in üblicher Höhe weitergegeben werden.
- b) nur tatsächlich von meinen Zahnarzt-Labor erbrachte zahntechnische Leistungen von mir abgerechnet werden.

Ich verpflichte mich weiter, geeignete Maßnahmen, die nach dem jeweiligen Stand der aktuellen Erkenntnisse erforderlich sind, um Sicherheitsrisiken auszuschließen, zu ergreifen und insbesondere dafür zu sorgen, dass anerkannte und im erforderlichen Zeitabstand aktualisierte Sicherheitssoftware (z.B. Virenschutz) eingesetzt wird und Sicherheitsupdates für die eingesetzten Programme und Betriebssysteme vorgenommen werden.

Ich verpflichte mich außerdem, die KZV Schleswig-Holstein über Änderungen meiner Mail-Adresse unverzüglich zu informieren und das Mail-Postfach regelmäßig – wenigstens alle 3 Tage – abzurufen.

Das Passwort ist vertraulich zu behandeln und darf nicht an Dritte weitergegeben werden. Die KZV S-H behält sich vor, aufgrund einer unbefugten Weitergabe/Nutzung des Passwortes ggf. entstehende Schadenersatzansprüche geltend zu machen.

Mir ist bekannt, dass Inhalte von Online-Abrechnungen, die unter Verwendung des Zuganges übermittelt werden, mir zugerechnet werden und für mich verbindlich sind.

E-Mail-Adresse der Praxis: _____

Datum

Unterschrift der Vertragszahnärztin / des Vertragszahnarztes

Name in Druckbuchstaben

KZV-Stempel