



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Telefax (030) 31003 – 305/ - 730

Praxisstempel

**Verpflichtungserklärung über die Erfüllung der Vorgaben  
zu den Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde  
gemäß der Anlage 31b BMV-Ä**

**und der Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung  
im Zusammenhang mit § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V (Anlage 31 BMV-Ä)  
i.V.m. § 291 g Abs. 4 SGB V**

Name des Vertragsarztes: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Die Verpflichtungserklärung erfolgt:**

für mich  
 für den angestellten Arzt / Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Zulassungsfachgebiet des zukünftigen Leistungserbringers: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR): \_\_\_\_\_  
(wenn vorhanden)

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_



Hiermit verpflichte ich mich zur Einhaltung sämtlicher Voraussetzungen gemäß der Anlagen 31 und 31b BMV-Ä. Meine Erklärung umfasst insbesondere die Verpflichtung, dass

- die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten beachtet werden, insbesondere die, die sich aus den Vorschriften des BDSG, des SGB V und des SGB X ergeben. Bei der konkreten Umsetzung kann sich an den „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ orientiert werden und
- im Hinblick auf die Datensicherheit in den Räumen des Vertragsarztes / der Einrichtung gewährleistet wird, dass bei der Verarbeitung personenbezogener Daten die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 9 BDSG eingehalten werden.

Darüber hinaus erkläre ich hiermit, dass folgende technische Anforderungen am Standort:

Adresse: \_\_\_\_\_

erfüllt werden:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Kamera   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bildschirm (Monitor, Display)                  | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Bildschirmdiagonale (mindestens 3 Zoll)         | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Auflösung (mindestens 640 x 480 pixel)          | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bandbreite (mindestens 2000kbit/s im Download) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mikrofon und Tonwiedergabeeinheit              | <input type="checkbox"/> |

Ich versichere zudem, dass

- die sich aus § 3 der Anlage 31b BMV-Ä ergebenden Anforderungen an die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Videosprechstunde, Gewährleistung der Datensicherheit und des störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen eingehalten und
- dass Aufzeichnungen jeglicher Art während der Videosprechstunde nicht erstellt werden.

**Mit nachfolgender Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Erklärung sowie die Erfüllung und Einhaltung der für die Videosprechstunden einschlägigen Rechtsnormen.**

Berlin, den .....

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
ggf. Unterschrift des Leiters  
(Einrichtung/MVZ/Praxisinhaber)

**Anlage:**

Kopie der Bestätigung Videodiensteanbieter