

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in dem Verein

**Praxisnetz Paderborn Berufsverband e.V.**

**Nordstraße 40-42, 33102 Paderborn**

### Arzt:

Name incl. Vorname + Titel \_\_\_\_\_

BSNR (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

LAN (Lebenslange Arztnummer): \_\_\_\_\_

Fachrichtung incl. Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_

Praxisart: EP  PG  GP  MVZ  Partner: \_\_\_\_\_

Praxisadresse \_\_\_\_\_

Telefon (Praxis): \_\_\_\_\_

Fax (Praxis): \_\_\_\_\_

Durchwahlnummer für das Praxisnetz: (siehe Beiblatt) \_\_\_\_\_

Email-Adresse für Kontakt mit Praxisnetz \_\_\_\_\_

Homepage der Praxis: \_\_\_\_\_

**KV-Safenet** Nutzung? Ja  Nein  Alternative \_\_\_\_\_

Ist der Zugang zu Ihrer Praxis barrierefrei? Ja  Nein

Mit welcher **Praxissoftware** arbeiten Sie? \_\_\_\_\_

Bietet Ihre Praxis eine **Videosprechstunde** an? Ja  Nein

Gibt es Ärzte-/innen oder Mitarbeiter-/innen die eine **Fremdsprache** beherrschen? Falls ja, welche Sprachen: \_\_\_\_\_

In welchem Berufsverband sind Sie engagiert? \_\_\_\_\_

Leiten Sie einen **Qualitätszirkel**? Ja  Nein

Haben Sie eine Weiterbildungsermächtigung? Ja  Nein

Bilden Sie MFAs aus? Ja  Nein

Wünschen Ihre MFAs die Teilnahme an einem MFA-Zirkel? Ja

Email-Adresse MFA \_\_\_\_\_

Haben Sie **Wünsche** an das Praxisnetz?

### **Einzugsermächtigung**

Hiermit wird der Verein **Praxisnetz Paderborn Berufsverband e.V.**

Nordstraße 40-42, 33102 Paderborn stets widerruflich ermächtigt, den Mitgliedsbeitrag jährlich im Lastschriftverfahren abbuchen zu lassen.

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. Stempel)

## Beiblatt zur Beitrittserklärung

Name, Vorname

---

Erläuterung:

Das Praxisnetz Paderborn ist ein von der KVWL "zertifiziertes Praxisnetz", das sich seit 5 Jahren für die Basisstufe und seit Herbst 2020 auch für die Stufe 1 qualifiziert hat. Mit dieser Qualifizierung sind Fördermittel verbunden, die das Praxisnetz in seiner heutigen Form erst möglich machen. An diese Fördermittel sind Qualifikationskriterien gebunden, die nur mit Hilfe der Mitglieder erfüllt werden können. Aus diesem Grund müssen wir bereits bei der Aufnahme neuer Mitglieder diese Kriterien erfragen.

Zur **Förderung der kollegialen Kommunikation** soll jedes Mitglied eine Telefonnummer angeben, über das es unter Umgehung der Anmeldung (Problem Warteschleifen) von anderen Mitgliedern erreicht werden kann. Diese Nummer wird im "Internen Teil" unserer Homepage auf einer eigens gesicherten Seite veröffentlicht und darf nicht an Nicht-Mitglieder weitergegeben werden.

Meine Durchwahl-Nummer ist: .....

Mit der **Digitalen Gesundheitsplattform OWL** hat das Praxisnetz eine digitale Lösung zum Austausch von professionell erhobenen Gesundheitsinformationen geschaffen. Ziel ist die digitale Vernetzung aller fünf Akutkrankenhäuser in der Region Paderborn sowie über 150 niedergelassener Ärzte aus dem Praxisnetz Paderborn. Die Umsetzung basiert vor allem auf vier konkreten Anwendungsfällen (Use Cases) im Bereich des Datenaustausches zwischen den Leistungserbringern: Digitaler Arztbrief, Elektronischer Medikationsplan, Digitale Bilddaten, Digitale Ein-/ und Überweisung.

Wenn auch Sie die Digitale Gesundheitsplattform OWL nutzen wollen, melden Sie sich gerne bei uns. Die Nutzung ist für Netzmitglieder kostenlos. Weitere Informationen finden Sie hier: [www.dgpowl.de](http://www.dgpowl.de)

### **Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz**

Die in der Beitrittserklärung zum Praxisnetz Paderborn Berufsverband e.V. angegebenen personenbezogenen Daten, wie z.B. Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, Praxisdaten etc., werden ausschließlich für die Zwecke des Berufsverbands erhoben und maschinell verarbeitet. Sinn und Zweck des Berufsverbandes ist im § 2 der Satzung näher erläutert. Um diesen Zweck zu erreichen, bedient sich der Berufsverband weiteren Dienstleistern, die ihrerseits projektbezogene Daten der Mitglieder verarbeiten. Die Dienstleister sichern dem Berufsverband zu die geltenden Datenschutzregeln einzuhalten und Daten niemals an Dritte weiterzugeben.

### **Einwilligung Mitglied**

Ich bin als Mitglied des Praxisnetz Paderborn Berufsverband e.V. damit einverstanden, dass der Berufsverband meine Personalien (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefon-/Faxnummer, Kontodaten, berufliche Qualifikation und vergleichbare persönliche oder praxisbezogene Daten) gemäß Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet und berechtigten Mitgliedern des Verbandes (z.B. Vorstand oder Dienstleistern), sowie der KVWL übermittelt. Einer Veröffentlichung meines Namens und der Anschrift in der Mitgliederliste auf der Webseite und in Publikationen stimme ich zu.

---

**Name, Vorname**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

### **Rechte des Betroffenen**

Sie sind gemäß DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber dem Praxisnetz Paderborn Berufsverband e.V. um Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß DSGVO können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch (Nordstraße 42, 33102 Paderborn), per E-Mail ([sekretariat@praxisnetz-pb.de](mailto:sekretariat@praxisnetz-pb.de)) oder per Fax (05251-69 89 79 1) übermitteln. Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass eine Verarbeitung gegen die DSGVO verstößt.