



**früh
erkennen**

ÖSTERREICHISCHES BRUSTKREBS-
FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

Teilnahmeerklärung für eine Assessment-Einheit bzw. ein MR-Institut zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen und an die jeweilige Regionalstelle übermitteln.

Folgende Assessment-Einheit bzw. folgendes MR-Institut möchte am Programm teilnehmen:

<input type="checkbox"/> Assessment-Einheit	<input type="checkbox"/> MR-Institut
Vertragspartnernummer (wenn vorhanden):	

Bezeichnung des Rechtsträgers:

**Bezeichnung der Assessment-Einheit/
des MR-Instituts:**

Adresse:

PLZ und Ort:

Bundesland:

**Medizinische/r Ansprechpartner/in, welche/r auch zum Abruf des Feedbackberichtes
berechtigt ist:**

Vorname, Familienname:

Telefonnummer:

E-Mail:

Arzt-ID:

Technische/r Ansprechpartner/in:

Vorname, Familienname:

Telefonnummer:

E-Mail:

Die Assessment-Einheit bzw. das MR-Institut ist bereits als Screening-Standort im Rahmen des
Brustkrebs-Früherkennungsprogramms tätig:

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Hinweis: Laut Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 25. November 2011 ist der komplette Versorgungsprozess – von der Durchführung der Mammografie bis hin zur Operation bzw. Behandlung – über alle Ebenen der Leistungserbringung (intra- als auch extramuraler Bereich) zu dokumentieren.

Ort und Datum

Unterschrift des Rechtsträgers

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter www.gesundheitskasse.at/datenschutz



Teilnahmeerklärung für einen radiologischen Standort sowie Antragsformular zur technischen Qualitätssicherung

zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm
„früh erkennen“

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Übermittlung an info@frueh-erkennen.at oder per Fax an 050766 - 111996

Bei Übermittlung bis 15.1., 15.4., 15.7. oder 15.10. eines Jahres ist die Teilnahme frühestens ab Beginn des jeweils folgenden Quartals möglich.

1. Folgender Standort möchte am Programm teilnehmen und wird verbindlich zur technischen Qualitätssicherung angemeldet:

Bezeichnung des Standorts:
Adresse des Standorts:
PLZ und Ort:
Bundesland:
Vorname Standortbetreiber/in:
Familienname Standortbetreiber/in bzw. Bezeichnung Rechtsträger:
Telefonnummer des Standorts:
E-Mail des Standorts:

- An diesem Standort werden ausschließlich digitale Mammografiegeräte verwendet.
- Für die Vor-Ort-Messarbeiten wird ein technisches Büro herangezogen.
- Der Standort hat bereits an einem Mammografie-Pilotprojekt teilgenommen.

<p><input type="checkbox"/> Neuer Standort (Start Durchführung von Mammografien nach dem 01.10.2012) Ein neuer Standort muss in den ersten 24 Monaten der Programmteilnahme die erforderlichen Mindestfrequenzen nachweisen. Alle anderen Anforderungen an die Standorte sind vor Programmteilnahme zu erfüllen.</p> <p><input type="checkbox"/> Bestehender Standort (Start Durchführung von Mammografien vor dem 01.10.2012)</p>
--

Bei bestehenden Standorten: Angabe der Zahl der Frauen, für die an diesem Standort eine Mammografieaufnahme während eines Zeitraums von 12 Monaten innerhalb der letzten 24 Monaten erstellt wurde:

Von Monat/Jahr _____ bis Monat/Jahr _____

- 2.000 und mehr
 zwischen 1.500 und 1.999
 unter 1.500

Art des Standorts:

- Radiologische Ordination
 Radiologische Gruppenpraxis
 Ordinationsgemeinschaft
 Radiologisches Ambulatorium
 Radiologische Ambulanz

Krankenversicherungsträger, mit denen ein kurativer und/oder Vorsorgevertrag besteht:

- ÖGK
 BVAEB
 SVS
 KFA

Ansprechpartner/in am Standort **für die Programmteilnahme**, der/die ab Beginn der Programmteilnahme die personenbezogenen Voraussetzungen laut 2. Zusatzprotokoll zum VU-Gesamtvertrag in der geltenden Fassung (im Folgenden 2. ZP VU-GV veröffentlicht in www.avsv.at und www.aerztekammer.at) erfüllt:

Frau/Herr Dr. med.:

Arztnummer (lt. <http://Abfrage.aerztekammer.at>):

Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail):

Interne/r Ansprechpartner/in am Standort **für die technische Qualitätssicherung:**

Vorname

Familienname

Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail)

Die technische Qualitätssicherung erfolgt durch die von Ihnen hiermit beauftragte AGES, die das Referenzzentrum des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ist. Detaillierte Informationen hinsichtlich Kosten, Ablauf, etc. zur technischen Qualitätssicherung durch die AGES finden Sie unter <http://www.ages.at/themen/strahlenschutz/technische-qualitaetssicherung-im-brustkrebs-frueherkennungsprogramm/>. Bei Fragen kontaktieren Sie bitte die AGES unter 050555/36703 oder über refzqs@ages.at.

Die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber nimmt zur Kenntnis, dass die Österreichische Gesundheitskasse im Bundesland die programmrelevante Kommunikation in Vertretung der anderen Krankenversicherungsträger übernimmt.

2. Nachweis und Dokumentation der Voraussetzungen

- (a) Die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber verantwortet, dass die personenbezogenen Voraussetzungen für die die Mammografie befundenden Radiologinnen und Radiologen am Standort bei laufender Programmteilnahme gegeben sind.
- (b) Die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber stellt sicher, dass für die Mammografieerstellung nur geschultes Personal gem. 2. ZP VU-GV zum Einsatz kommt.

3. Administrative Mitarbeit und Veröffentlichung

- (a) Mit der Unterschrift erklärt sich die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber damit einverstanden, dass die für die Programmteilnahme relevanten Informationen zum Standort (Name, Bezeichnung des Standorts, Anschrift, Telefonnummer, sonstige Kontaktdaten, Öffnungszeiten) im Internet unter www.frueh-erkennen.at sowie auf den Homepages der Kooperationspartner und auf der Liste mit den zertifizierten Standorten, welche den Einladungsbriefen an die Frauen beiliegt, veröffentlicht werden.
- (b) Die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber verpflichtet sich, diese Informationen zum Standort selbstständig auf der Website (www.sozialversicherung.at/selbstauskunftvp - mit Zugangsdaten) für die Suche mit den zertifizierten Standorten einzugeben und laufend zu warten, um die Aktualität dieser Daten zu gewährleisten. Hierfür ist folgender Ablauf einzuhalten:
 - Schriftliche Anforderung der Zugangsberechtigung für die Selbstauskunft (sofern nicht bereits vorhanden) durch Angabe von Titel, Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Vertragspartnernummer durch Befüllen des Beantragungsabschnitts am Ende des Dokuments. Sie erhalten Ihre Zugangsdaten in einem eingeschriebenen Brief.
 - Zeitgerechte Befüllung der Selbstauskunft unter www.sozialversicherung.at – Menü „Service“ – Menü „Für Vertragspartner“ – Menü „Selbstauskunft für Vertragspartner“ bzw. www.sozialversicherung.at/selbstauskunftvp. Der Zugang erfolgt mittels dem vorab beantragten Benutzernamen/Passwort, Bürgerkarte oder Handy-Signatur. Die jeweils bis zum Monatsletzten eingetragenen Daten werden für eine Veröffentlichung im zweitfolgenden Monat herangezogen.

4. Aufklärung und Information

- (a) Schon bei der Terminvereinbarung ist zu klären, ob der Standort einen Vertrag mit dem Krankenversicherungsträger der Frau hat. Nicht versicherte Frauen können ausschließlich einen Standort in Anspruch nehmen, der einen Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse hat.
- (b) Die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber verpflichtet sich, anhand der Unterlagen des Programms (Folder, Merkblatt und Broschüre etc.) eine objektive und unabhängige Aufklärung und Information der Frauen sicherzustellen und ist berechtigt, das Logo des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms sowohl auf seiner Homepage als auch auf anderen elektronischen oder gedruckten Unterlagen zu führen. Dieses Recht erlischt mit Ausscheiden aus dem Programm.
- (c) Die Frau hat die Möglichkeit, bei ihrer Radiologin/ihrem Radiologen eine Vertrauensärztin/einen Vertrauensarzt bekannt zu geben. Die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber hat der Frau dafür im Zuge der Aufklärung die entsprechende Möglichkeit einzuräumen und die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt über die Tatsache der Durchführung einer Früherkennungs-Mammografie schriftlich zu informieren. Eine automatische Befundübermittlung an die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt findet nicht statt.
- (d) In Absprache zwischen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt und dem radiologischen Standort sowie nach Zustimmung durch die Frau kann selbstverständlich eine Befundübermittlung an die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt erfolgen.

5. Dokumentation und Datenübermittlung

Die einzelnen Schritte der medizinischen Abklärung sind in Form der vereinbarten Datenmeldungen elektronisch zu dokumentieren und zu übermitteln.

Anmerkung: Dabei werden noch am Standort des Leistungserbringers auf der GINA die medizinischen Daten für die Datenhaltung verschlüsselt und die Identitätsdaten der Frau über die Pseudonymisierungsstelle des Dachverbandes der Österreichischen Sozialversicherung pseudonymisiert.

6. Programmteilnahme

- (a) Die Aufnahme eines Standorts in das Programm erfolgt mit dem nächstfolgenden Quartalsbeginn nach Mitteilung an den Standort (Vertragspartner/in) durch die Österreichische Gesundheitskasse im Bundesland, wobei eine organisatorische Vorlaufzeit von zumindest 10 Kalenderwochen ab Einreichung aller erforderlichen Unterlagen bei der Koordinierungsstelle des Programms besteht.
- (b) Stellt sich heraus, dass Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vorliegen, endet die Programmteilnahme bzw. die Verrechenbarkeit der Leistungen nach Mitteilung durch die Österreichische Gesundheitskasse im Bundesland mit Ende des darauffolgenden Quartals.
- (c) Für die technische Qualitätssicherung gemäß Anlage 1 zum 2. ZP VU-GV wird hiermit auch eine Vereinbarung mit der AGES geschlossen. Aufgrund der Ergebnisse der Prüfungen der AGES wird der Standort durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GesmbH (ÖQMed) im Hinblick auf die standortbezogenen Voraussetzungen gemäß § 6 Abs. 2 lit a und b 2. ZP VU-GV für das Programm freigeschaltet.
- (d) Diese Teilnahmeerklärung kann jederzeit schriftlich bei der Koordinierungsstelle des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien) widerrufen werden, die Programmteilnahme und die damit verbundenen Rechte und Pflichten (z.B. Verrechenbarkeit der Früherkennungsmammografie) gemäß 2. ZP VU-GV enden nach Mitteilung durch die Österreichische Gesundheitskasse im Bundesland mit Ende des darauffolgenden Quartals.

Mit der Unterschrift bestätigt die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber die Richtigkeit der angegebenen Daten. Weiters ist sie/er damit einverstanden, dass diese Daten, insbesondere qualitätsrelevante Standortdaten zwischen Koordinierungsstelle/Zertifizierungsregister, ÖQMed, Akademie der Ärzte, AGES und der wissenschaftlichen Evaluationsstelle des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms weitergegeben werden.

Die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber übernimmt sämtliche Rechte und Pflichten, die sich aus dem 2. ZP VU-GV betreffend das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, abgeschlossen zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer und dem Dachverband der Österreichischen Sozialversicherung, ergeben und im Zusammenhang mit diesem stehen.

Die Standortbetreiberin/der Standortbetreiber nimmt die vorliegenden Informationen zur Kenntnis bzw. stimmt diesen zu.

Ort und Datum Unterschrift der/einer Standortbetreiberin oder des/eines Standortbetreibers

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter www.gesundheitskasse.at/datenschutz

Beantragung der Zugangsberechtigung für die Selbstauskunft:

Sozialversicherungsnummer:
Vertragspartnernummer:
Sofern nicht durch den/die Standortbetreiber/in selbst beantragt:
Titel und Vorname:
Familiename:
Straße und Hausnummer:
PLZ und Ort:

Bitte senden Sie die unterzeichnete Teilnahmeerklärung an info@frueh-erkennen.at oder per Fax an 050766 – 111996