

Patientenvertretung in den Gremien im Freistaat Sachsen

Akkreditierungsbogen

Akkreditierung sachkundiger Personen für die nachfolgenden Gremien im Freistaat Sachsen

Bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich):

Zulassungsausschuss Ärzte/Psychotherapeuten Dresden (§ 96 SGB V)

Zulassungsausschuss Ärzte/Psychotherapeuten Leipzig (§ 96 SGB V)

Zulassungsausschuss Ärzte/Psychotherapeuten Chemnitz (§ 96 SGB V)

Berufungsausschuss Ärzte/ Psychotherapeuten Sachsen (§ 97 SGB V)

Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen (§ 90 a SGB V)

erweiterter Landesausschuss Sachsen (§ 116 b SGB V)

Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen Sachsen (§ 90 a SGB V)

Angaben zu Ihrer Person

Der Akkreditierungsantrag wird über die folgende Patientenorganisation eingebracht:	Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Sachsen e.V. Sozialverband VdK Sachsen e.V. Deutscher Diabetiker Bund, Landesverband Sachsen e.V. Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfekontaktstellen Sachsen Verbraucherzentrale Sachsen e.V.	
Name		
Vorname		
E-Mail		
Telefon / Mobil		
Anschrift		
Patientenorganisation		
Ist die vorstehende Patientenorganisation Leistungserbringer gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 3 GO PatV, werden also (Teil-) Leistungen im Gesundheitswesen erbracht, über welche in den jeweiligen Gremien im Freistaat Sachsen beraten wird? (Sofern Sie diese Frage nicht sicher beantworten können, setzen Sie sich bitte mit der Geschäftsführung Ihrer Organisation zur Klärung in Verbindung.)		Ja Nein
Sofern die vorstehende Frage mit „Ja“ beantwortet worden ist: Welche Leistungen werden erbracht und ca. in welchem Umfang?		
Ihre Funktion in der Patientenorganisation:		
Erlerner Beruf/ ausgeübter Beruf:		
Hauptamtliche Tätigkeiten:		
Ehrenamtliche Tätigkeiten:		
Rente o.ä.:		
Motivation/ Ziele der Mitarbeit in dem jeweiligen Gremium:		

Mein weiterer beruflicher Hintergrund und ggf. besondere Kenntnisse in Stichpunkten (wenn möglich, bezogen auf Tätigkeitsfelder des/ der jeweiligen ausgewählten Gremien im Freistaat Sachsen):

Offenlegungserklärung

Maßgeblich für Ihre Akkreditierung ist, dass keine Interessenskollisionen aus anderen beruflichen, privaten oder finanziellen Beziehungen mit der Vertretung der Belange von Patientinnen und Patienten bezüglich des jeweils behandelten Beratungsgegenstands bestehen oder entstehen können (vgl. § 5 Abs. 3 GO PatV, § 7 Abs. 2 GO KooA Pat. Sachsen).

Bitte machen Sie daher unbedingt zusätzliche Angaben über Sachverhalte, sofern diese geeignet sein könnten, die Unabhängigkeit bei der Ausübung des Mandats nach Benennung in ein Gremium zu beeinträchtigen.

Ich bin als niedergelassene (Zahn-) Ärztin bzw. niedergelassener (Zahn-) Arzt oder bei einem Leistungserbringer, dessen Verband im Bundesausschuss zu dem jeweiligen Thema mitwirkungsberechtigt ist:

Ja
Nein

Ich bin bei einer Krankenkasse haupt- oder ehrenamtlich tätig:

Ja
Nein

Ich bin Versichertenvertreter/ in der Selbstverwaltung der Krankenkassen:

Ja
Nein

Sofern eine der vorstehenden Fragen mit „Ja“ beantwortet worden ist:
Wo üben Sie diese Tätigkeit aus?

Ich bin Mitarbeiter/ in von anderen Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem Hersteller von Arzneimitteln oder Medizinprodukten:

Ja
Nein

Ich bin ehemalige/ r Mitarbeiter/ in der Herstellung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten:

Ja
Nein

Sofern die vorstehende Frage mit „Ja“ beantwortet worden ist, dann machen Sie bitte folgende, zusätzliche Angaben in den nächsten drei Fragen:

1. Ich habe bei folgendem Hersteller mitgearbeitet:

2. Ich war in folgender Funktion tätig:

3. Ich habe bis zu folgendem Zeitpunkt bei dem/den vorstehenden Hersteller/n mitgearbeitet:

Ich habe nach eigener Einschätzung möglicherweise sonstige Interessenskonflikte mit der Vertretung der Belange von Patientinnen und Patienten aus anderen beruflichen, privaten oder finanziellen Beziehungen:

Ja
Nein

Erläuterung:

Sonstige Interessenskollisionen können vorliegen bei einer persönlichen oder wirtschaftlichen Beziehung zu den oben genannten oder anderen Gremien nach § 140 f SGB V im Freistaat Sachsen vertretenen Leistungserbringern. Die Erklärung erfolgt daher individuell und selbstverantwortlich. Es geht vor allem darum, dass Sie sich fragen, ob es aus Ihrer persönlichen Sicht Sachverhalte gibt, bei denen Sie sich unsicher sind und Ihr Gewissen prüfen müssen, ob dieser potentiell geeignet ist, Sie in Ihrer Entscheidungsfreiheit zu beeinträchtigen. Wenn Sie nach dieser Prüfung dazu kommen, dass Sie mit „Ja, hier könnte ein Konflikt vorliegen“ antworten, dann sollten Sie diesen Sachverhalt angeben. Das heißt aber nicht, dass Sie automatisch für eine Akkreditierung nicht in Betracht kommen. Die Akkreditierung würde dann lediglich sorgfältig auch unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes geprüft werden. Beispiele für solche Interessenskonflikte sind Nebenbeschäftigungen, Beratungsverhältnisse, Honorartätigkeiten, Altersteilzeit, Inanspruchnahme von Drittmitteln, sonstige finanzielle oder geldwerte Unterstützung (z.B. bei der Ausrichtung von Veranstaltungen, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung), Aktien, Geschäftsanteile, Vorteile der Familie/des Lebenspartners).

Sofern Sie die vorstehende Frage mit „Ja“ beantwortet haben:
Aus welchem Umstand resultiert diese Einschätzung?

Sonstige Angaben:

Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass ich vollständig alle mir derzeit bekannten Umstände aufgeführt habe, die gegebenenfalls zu einem persönlichen Interessenkonflikt bei der Mitwirkung der Vertretung der Belange von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Akkreditierung und Benennung durch die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V führen können. Ich erkläre weiterhin, dass ich jede Veränderung dieser Umstände unverzüglich durch eine ergänzende Erklärung aktualisieren werde.

Ort, Datum

Unterschrift

Sollten sich Ihre Angaben ändern, informieren Sie uns bitte unter sachsen@vdk.de sowie zusätzlich unter:

Landesverbandsvorsitzenden
des Sozialverbandes VdK Sachsen e.V
Herrn Horst Wehner
Elisenstraße 12
09111 Chemnitz

Selbstverpflichtungserklärung

Ich erkläre mich bereit, den maßgeblichen Organisationen auf Nachfrage

- a) weitere Auskünfte über meine haupt- oder ehrenamtlichen Tätigkeiten zu erteilen und
- b) weitere Tätigkeiten oder Verpflichtungen ungefragt anzuzeigen, sofern sie geeignet sein könnten, die Unabhängigkeit bei der Ausübung meines Mandats zu beeinträchtigen.

sofern sie geeignet sein könnten, die Unabhängigkeit bei der Ausübung meines Mandats zu beeinträchtigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Hinweise

Ihre Angaben dienen ausschließlich als Basis für die Akkreditierung und Benennung durch die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V.

Alle Angaben werden durch die BAG SELBSTHILFE als Koordinierungsstelle der Patientenvertretung auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO in Verbindung mit § 9 Abs. 1 GO PatV und dem Koordinierungsausschuss Patientenbeteiligung in Sachsen (KooA Pat. Sachsen) zum Zweck einer Benennung als Patientenvertreter/in oder auch dem eventuellen Widerruf einer Benennung erhoben und gespeichert. Kontaktdaten von Patientenvertreterinnen und -vertretern können innerhalb der Patientenvertretung zur Erleichterung der Gremienarbeit und der Organisation, die die Patientenvertreterin oder den -vertreter entsendet hat weiter gegeben werden. Die Weitergabe an die zu besetzenden Gremien nach 140f SGB V in Sachsen erfolgt nach der Benennung, die Weitergabe an weitere Dritte erfolgt jedoch nur im Einverständnis mit der jeweiligen Patientenvertreterin bzw. dem jeweiligen Patientenvertreter (vgl. § 20 Abs. 7 GO PatV).

Ihre Angaben werden gelöscht, wenn gegenüber dem Koordinierungsausschuss Patientenbeteiligung in Sachsen (KooA Pat. Sachsen) auf eine weitere Benennung schriftlich verzichtet wird oder eine dauerhafte Abberufung erfolgt ist.

Sie haben das Recht auf Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung unter den in Art. 16 bis 18 DSGVO genannten Voraussetzungen. Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.

Eine Verarbeitung zu anderen, als den vorgenannten Zwecken findet ausdrücklich nicht statt.

Der Zugang zu den Daten der BAG SELBSTHILFE als Koordinierungsstelle der Patientenvertretung auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO in Verbindung mit § 9 Abs. 1 GO PatV und dem Koordinierungsausschuss Patientenbeteiligung in Sachsen (KooA Pat. Sachsen) ist streng limitiert.

Einverständniserklärungen gemäß DSGVO zur Erhebung personenbezogener Daten:

Hiermit erkläre ich mich mit der Nutzung meiner Angaben im dargestellten Rahmen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift