



Selbstauskunft über Zertifizierungen nach Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Videosprechstunde)

Hiermit bestätige ich,

Anbieter:

RED Medical Systems GmbH

zum Zwecke der Aufnahme auf eine öffentliche Informationsliste auf der Internetseite der KBV (www.kbv.de) an entsprechender Stelle, dass ich in Bezug auf das Produkt

Produktname:

RED Connect - die KOSTENLOSE Videosprechstunde

die Anforderungen nach Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfülle.
Dieses kann durch folgende Zertifikate nachgewiesen werden:



1. Zertifikat zur Informationssicherheit gemäß § 5 Absatz 2 a) der Anlage 31b zum BMV-Ä

Titel und Nummer des Zertifikats:

ips Gütesiegel (DSC.588.052018) / Datenschutzgütesiegel (5-7/2013)

Ausgestellt durch/am:

datenschutz cert GmbH (25. Mai 2018) / Unabhängiges Landeszentrum für
Datenschutz Schleswig Holstein (17.Mai 2018)



2. Zertifikat zum Datenschutz gemäß § 5 Absatz 2 b) der Anlage 31b zum BMV-Ä

Titel und Nummer des Zertifikats:

ips Gütesiegel (DSC.588.052018) / Datenschutzgütesiegel (5-7/2013)

Ausgestellt durch/am:

datenschutz cert GmbH (25. Mai 2018) / Unabhängiges Landeszentrum für
Datenschutz Schleswig Holstein (17.Mai 2018)



3. Zertifikat zu den Inhalten gemäß § 5 Absatz 2 c) der Anlage 31b zum BMV-Ä

Titel und Nummer des/der Zertifikats:

ips Gütesiegel (DSC.588.052018) / Datenschutzgütesiegel (5-7/2013)

Ausgestellt durch/am:

datenschutz cert GmbH (25. Mai 2018) / Unabhängiges Landeszentrum für
Datenschutz Schleswig Holstein (17.Mai 2018)

Ich erkläre mich einverstanden, der KBV Abschriften/Kopien der Zertifikatsurkunden nach ausdrücklicher Anforderung zu übersenden.

Ich bin berechtigt und stimme daher der Veröffentlichung der gemachten Angaben (Anbieter, Produktname, Titel und Nummer des Zertifikats, ausstellende Organisation, Ausstellungsdatum) auf einer öffentlichen Informationsliste auf der Internetseite der KBV (www.kbv.de) an entsprechender Stelle zu.

Ich kann jederzeit von der KBV die Löschung meiner gemachten Angaben auf der öffentlichen Informationsliste verlangen. Die KBV wird diesem unverzüglich nachkommen.

Bitte ausgefüllt und unterschrieben per Post senden an:

KBV
Dezernat 3, Abteilung EBM
Postfach 12 02 64
10592 Berlin

Auf Wunsch kann das Formular zur Vorinformation per E-Mail an ehealthliste@kbv.de geschickt werden (ersetzt nicht den Versand des Originaldokumentes per Post).

MÜNCHEN
23.08.2018



Datum, Stempel, Unterschrift