Anlage 1 **Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**
Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie nach § 140a SGB V
SECURVITA Krankenkasse – AG Vertragskoordinierung

Kassenärztliche Vereinigung …
...
...

Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V

Antragsteller

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____
(Bitte alle BSNR einschl. Nebenbetriebsstätten-Nr. angeben.)

Telefon/Fax _____

Tätig als: **Vertragsarzt** ☐ **angestellter Arzt** ☐
Tätig in: **Einzelpraxis** ☐ **Gemeinschaftspraxis** ☐ **MVZ** ☐

Bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben: _____

Fachliche Anforderungen (*Bitte Kopie der Urkunde beifügen.)*

☐ Ich bin zur Führung der Zusatzbezeichnung Homöopathie berechtigt.

☐ Ich besitze das Homöopathie-Diplom der DZVhÄ.

Erklärung

Mir sind die Ziele und Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Ich verpflichte mich,

☐ regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder beteiligten Krankenkassen anerkannten homöopathischen Fortbildungen, z. B. homöopathischen Qualitätszirkeln, in einem Mindestumfang von 100 CME-Punkten in 5 Jahren, davon maximal 75 Punkte für Qualitätszirkel, teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass sich die Fortbildungen/Qualitätszirkel überwiegend auf Einzelmittelhomöopathie beziehen müssen.

☐ die Fortbildungsnachweise alle 5 Jahre bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. nach Ablauf des 5-Jahreszeitraums erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt. Die Vorlage des gültigen DZVhÄ-Diploms gilt als Fortbildungsnachweis bis zum Ablaufdatum des Diploms.

☐ **In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.**

_____
Unterschrift Vertragsarzt

_____
Ort, Datum

_____
ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel

Allgemeines

Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich quartalsweise nach Einschreibung an die Kassenärztliche Vereinigung zur Übermittlung an die Krankenkasse weiter.

Leistungen nach dem Vertrag nach § 140a SGB V dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung erteilt wurde.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist die
SECURVITA Krankenkasse, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten wenden Sie sich an

SECURVITA Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter
Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der SECURVITA Krankenkasse ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die SECURVITA Krankenkasse, die teilnehmenden Krankenkassen und die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung erhalten LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende nach Bestätigung der Vertragsteilnahme an dem Vertrag durch das aus den Daten erstellte Teilnehmerverzeichnis.
- Die Daten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung an die SECURVITA Krankenkasse weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf der Homepage der SECURVITA Krankenkasse und der beteiligten Krankenkassen veröffentlicht.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und für satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

Information über Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an die für die SECURVITA Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde richten:

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn