

Teilnahmeerklärung zum Vertrag digitales interprofessionelles Medikationsmanagement gemäß § 140 a SGB V		 	
Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag digitales interprofessionelles Medikationsmanagement nebst seinen Anlagen.		Per Fax an die beauftragte Managementgesellschaft (richter care consulting GmbH) kundenservice@richtercareconsulting.de 0221-99 205 218	
Stammdaten			
Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/>	LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)
BAG <input type="checkbox"/>			
Titel	Nachname	Vorname	
Straße & Hausnummer		Telefon	
PLZ	Ort	Telefax	
E-Mail			
Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)			
BLZ	Kreditinstitut		
Kontonummer	Kontoinhaber		
IBAN			
BIC			
Vergütungsrelevante und weitere Angaben			
<input type="checkbox"/> Medikationssoftware vorhanden		<input type="checkbox"/> Medikationssoftware nicht vorhanden	
Optionale Angabe für die Abrechnung von Zuschlägen:			
<input type="checkbox"/> M4M zur Mitbetreuung von Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis vorhanden (Anlage V.6.)			
Beauftragte Managementgesellschaft der SHP SERVICEGESELLSCHAFT Hausarztpraxis			
richter care consulting GmbH (rcc), Im Zollhafen 12, 50678 Köln, Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)			
Verwaltungskostenpauschale			
Die Verwaltungskostenpauschale für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5,85 % von der Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes Nordrhein e.V. wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % von der Vergütung einbehalten.			
Einwilligung in Datenverarbeitung			
Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:			
<ul style="list-style-type: none"> • Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. • Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der GWQ, der SHP sowie dem Rechenzentrum ausschließlich zur Durchführung des Vertrages auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO i.V.m. § 140a SGB V und Art. 9 Abs. 2 lit. b), f) und h) i.V.m. Art. 6 Abs. 3 lit. b) DSGVO sowie § 295 und § 295a SGB V; § 80 SGB X i. V. m. Art. 28 DSGVO verarbeitet. • Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. • Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der rcc zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. • Die GWQ bzw. die teilnehmende Krankenkasse und Viandar GmbH erhalten u. a. Name, Vorname, Arzt-ID, LANR, BSNR nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Vertrag über das Leistungserbringerverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung (§ 7 und Anlage V.6.). • Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf der Internetseite der rcc veröffentlicht werden. • Die Information zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15, Art. 16, Art. 17 und Art. 18 DSGVO im Vertrag und der Datenschutzerklärung zum Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten. 			

Vertragsteilnahme des HZV-Hausarztes
<p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag (§ 6 Abs. 3). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten aus dem Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über meine Vertragsteilnahme beginnt (§ 6 Abs.4); • ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer Leistungen nach dem Vertrag (Anlage V.2.), zur Information der rcc über Änderungen, die für meine Teilnahme an diesem Vertrag relevant sind (Anlage V.3.), sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe; • meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 8 beendet werden kann; • ich selbst meine Teilnahme an dem Vertrag gemäß § 6 Abs. 6 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich per Telefax oder Mail gegenüber der rcc kündigen kann (Faxnummer siehe oben). • sich gemäß § 7 Abs. 1 in Verbindung mit der Anlage V.6. mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die teilnehmende Krankenkasse richtet. Dieser Anspruch auf Zahlung der Vergütung verjährt nach Ablauf von 24 Monaten (Anlage V.6.). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals beginnt, in dem ich die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht habe; • Überzahlungen verrechnet werden (Anlage V.6). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppelabrechnungen von Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ist mir bekannt; • die SHP die von der teilnehmenden Krankenkasse geleistete Vergütung gemäß Anlage V.6 erhält und erst nach Eingang bei der SHP unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 7 Abs. 9 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (5,85 % für Mitglieder des Hausärzterverbandes Nordrhein e.V., 6,25 % für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes Nordrhein e.V.) habe ich zur Kenntnis genommen; • sich die Inhalte ändern können; ich stimme einer Anpassung durch die SHP und der GWQ nach billigem Ermessen bereits jetzt zu; • die Laufzeit des Vertrages sich nach § 15 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide; <p>2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Vergütungspflicht der teilnehmenden Krankenkasse und meine Pflichten mit dem 01.04.2020 bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen. <p>3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die SHP meine Teilnahme am Vertrag organisiert und für mich die Abrechnung der Vergütung gegenüber der GWQ vornimmt. Sie ist daher zum Zwecke des Abschlusses der Durchführung und der Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner im Sinne von § 4 Abs. 8. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; • die SHP zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß Anlage V.6. des Vertrages nach § 295 a SGB V i.V. m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in Anlage V.6. benanntes Rechenzentrum beauftragt; • die SHP sich an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden kann, um die von mir in dieser Erklärung mitgeteilten Angaben zu Teilnahmevoraussetzungen zu überprüfen. Ich willige darin ein, dass die zuständige Stelle Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen betreffen, an die SHP erteilt; • die SHP meine HZV-Teilnahme beim Hausärzterverband Nordrhein e.V. überprüft; • die SHP das Vorhalten der Medikationssoftware beim Anbieter nach § 4 der Anlage V.2. überprüft. <p>4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 6 von Vertragsbeginn an erfülle, insbesondere, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • ich über die erforderliche Praxisausstattung verfügen werde; • meine o.g. Erklärungen zu „Notwendige Angaben“ (s.o.) zutrifft. <p>Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages. Ich versichere, dass alle darin enthaltenen Angaben sachlich richtig und vollständig sind.</p>

Unterschrift behandelnder Arzt

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--