

<b>Teilnahmeerklärung zum Vertrag digitales interprofessionelles Medikationsmanagement gemäß § 140 a SGB V</b>		 	
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) <b>kundenservice@richtercareconsulting.de</b> <b>0221-99 205 218</b>	
<b>Stammdaten</b>			
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			
<b>Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)</b>			
BLZ	Kreditinstitut		
Kontonummer	Kontoinhaber		
IBAN			
BIC			
<b>Vergütungsrelevante und weitere Angaben</b>			
<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.)			
<b>Beauftragte Managementgesellschaft der SHP SERVICEGESELLSCHAFT Hausarztpraxis</b>			
richter care consulting GmbH (rcc), Im Zollhafen 12, 50678 Köln, Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)			
<b>Verwaltungskostenpauschale</b>			
Die <b>Verwaltungskostenpauschale</b> 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.			
<b>Einwilligung in Datenverarbeitung</b>			
<b>Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.</li> <li>• 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.</li> <li>• Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.</li> <li>• Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der rcc zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.</li> <li>• 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.).</li> <li>• Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf der Internetseite der rcc veröffentlicht werden.</li> <li>• 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.</li> </ul>			

