

<p><b><u>Teilnahmeerklärung zum Vertrag digitales interprofessionelles Medikationsmanagement gemäß § 140 a SGB V</u></b></p> <p>Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag zur digitalen interprofessionellen Versorgung nebst seinen Anlagen.</p>	  <p>Per Fax an die beauftragte Managementgesellschaft (richter care consulting GmbH)  <b>kundenservice@richtercareconsulting.de</b>  <b>0221-99 205 218</b></p>
--	---

**Stammdaten**

Titel <input style="width: 95%;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 95%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	---	--

Apothekenname (Hauptapotheke) <input style="width: 98%;" type="text"/>	IK <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	---

Straße & Hausnummer <input style="width: 98%;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--

PLZ <input style="width: 95%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefax <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	--

E-Mail <input style="width: 98%;" type="text"/>
---

Apothekenname (Filialapotheke) <input style="width: 98%;" type="text"/>	IK <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---

Straße & Hausnummer <input style="width: 98%;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--

PLZ <input style="width: 95%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefax <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	--

Apothekenname (Filialapotheke) <input style="width: 98%;" type="text"/>	IK <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---

Straße & Hausnummer <input style="width: 98%;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--

PLZ <input style="width: 95%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefax <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	--

Apothekenname (Filialapotheke) <input style="width: 98%;" type="text"/>	IK <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---

Straße & Hausnummer <input style="width: 98%;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--

PLZ <input style="width: 95%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefax <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	--

**Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)**

BLZ <input style="width: 95%;" type="text"/>	Kreditinstitut <input style="width: 98%;" type="text"/>
--	---

Kontonummer <input style="width: 98%;" type="text"/>	Kontoinhaber <input style="width: 98%;" type="text"/>
--	---

IBAN <input style="width: 98%;" type="text"/>	BIC <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--

**Vergütungsrelevante und weitere Angaben**

Medikationssoftware vorhanden
  Medikationssoftware nicht vorhanden

**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 7,25 % von der Vergütung.

**Einwilligung in Datenverarbeitung**

**Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:**

- 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, Apothekename, IK, nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Vertrag über das Leistungserbringerverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die 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 DGSVO im Vertrag und der Datenschutzerklärung zum Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten.

**Vertragsteilnahme der Apotheke**

**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.**

**1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten aus dem Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass**

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt (§ 6 Abs. 4);
- ich meine vertraglichen Pflichten als Apotheke 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 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 verfährt 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 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 (7,25 %) 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;

**2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass**

- die Vergütungspflicht der teilnehmenden Krankenkasse und meine Pflichten mit dem 01.04.2020 bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen.

**3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass**

- 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 1 benanntes Rechenzentrum beauftragt;
- die SHP das Vorhalten der Medikationssoftware beim Anbieter nach § 4 der Anlage V.2. überprüft.

**4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 6 von Vertragsbeginn an erfülle, insbesondere, dass**

- meine o.g. Erklärungen zu „Notwendige Angaben“ (s.o.) zutrifft.

**Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages. Ich versichere, dass alle darin enthaltenen Angaben sachlich richtig und vollständig sind.**

**Nachname**

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

**Vorname**

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

**IK (Hauptfiliale)**

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

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Apothekenstempel und Unterschrift)