

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung in der Dermatologie nach § 140a SGB V zwischen der VAG Baden-Württemberg, der DermaMed e.G. BVDD e.V. und der richter care consulting GmbH</b><br/><b>„DermAktiv“</b></p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines fachärztlich 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 DermAktiv-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>   |  <p>Per E-Mail oder Fax an richter care consulting GmbH (rcc)<br/><b>kundenservice@richter-careconsulting.de</b><br/><b>0221 – 99 205 218</b></p> <p><b>Angaben zum Arzt:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Dermatologie und Venerologie</p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung Dermatologie und Venerologie nach §§ 116, 116 a SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Instituts- bzw. Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V</p> |
| <p><b>Stammdaten behandelnder Arzt</b></p>   |   |
| <p>Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> LANR/IK <input type="text"/> BSNR <input type="text"/> Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/></p> <p>BAG <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>  |   |
| <p>Name des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz <input type="text"/></p>   |   |
| <p>Titel <input type="text"/> Nachname <input type="text"/> Vorname <input type="text"/></p>   |   |
| <p>Straße &amp; Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input type="text"/> Telefon <input type="text"/></p>  |   |
| <p>PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Telefax <input type="text"/></p>  |   |
| <p>E-Mail <input type="text"/></p>   |   |
| <p><b>Bankverbindung (BV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)</b></p>   |   |
| <p>BLZ <input type="text"/> Kreditinstitut <input type="text"/></p>  |   |
| <p>Kontonummer <input type="text"/> Kontoinhaber <input type="text"/></p>  |   |
| <p>IBAN <input type="text"/></p>   |   |
| <p>BIC <input type="text"/></p>  |   |
| <p><b>Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Arztes</b></p>  |   |
| <p><b>Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 von meinem Teilnahmebeginn an erfülle, insbesondere, dass ich</b></p>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>über umfangreiche Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit -Psoriasis und ihrer Komorbiditäten oder atopische Dermatitis mit einem Arzneimittel gemäß Anlage 4 während ihrer Vertragsteilnahme bedürfen und</li> <li>regelmäßig an krankheitsspezifischen Fortbildungen der o.g. Erkrankungen teilnehme.</li> </ul>   |   |
| <p><input type="checkbox"/> Mitgliedschaft im BVDD <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in der DermaMed*</p>  |   |
| <p><b>Managementgesellschaft</b></p>   |   |
| <p>richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47 50935 Köln; Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)</p>   |   |
| <p><b>Verwaltungskostenpauschale (§ 7 Abs. 15)*</b></p>  |   |
| <p>Die <b>Verwaltungskostenpauschale</b> gemäß § 7 Abs. 15 des DermAktiv-Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5,5 % (inkl. USt) für Mitglieder der DermaMed e.G. von der Vergütung. Für Nichtmitglieder der DermaMed e.G. wird eine Verwaltungskostenpauschale von 7,25 % (inkl. USt) von der Vergütung einbehalten.</p>  |   |
| <p><b>Einwilligung in Datenverarbeitung</b></p>  |   |
| <p><b>Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.</li> <li>Mir ist bekannt, dass die rcc ein Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem DermAktiv-Vertrag gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295 a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses DermAktiv-Vertrages erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.</li> <li>Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von den teilnehmenden Betriebskrankenkassen, spectrumK, der rcc sowie dem Rechenzentrum ausschließlich zur Durchführung des DermAktiv-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 den teilnehmenden Betriebskrankenkassen, spectrumK sowie der rcc zur Durchführung des DermAktiv-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.</li> <li>Die die teilnehmenden Betriebskrankenkassen und spectrumK erhalten u.a. Name, Vorname, LANR, BSNR und Anschrift nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem DermAktiv-Vertrag über das Teilnehmerverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung.</li> <li>Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf der Internetseite der rcc veröffentlicht werden.</li> <li>Die Informationen zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 - 18 DSGVO im DermAktiv-Vertrag und der Datenschutzbestimmungen im DermAktiv-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.</li> </ul> |   |

