

<p><b>Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V mit der BARMER</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 Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">  <p style="font-size: small;">Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div> <p style="font-weight: bold; margin-top: 10px;">Per E-Mail oder Fax an richter care consulting GmbH (rcc) kundenservice@richter-careconsulting.de 0221 – 99 205 218</p> <p><b>Angaben zum Arzt:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit fachärztlicher Niederlassung und der Genehmigung zur Durchführung der Vorsorge-Koloskopie</p>
--	---

**Stammdaten behandelnder Arzt**

Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/>	LANR	BSNR
BAG <input type="checkbox"/>		
Titel		Vorname
Nachname		
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)		Telefon
PLZ	Ort	Telefax
E-Mail		

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

BLZ	Kreditinstitut
Kontonummer	Kontoinhaber
IBAN	
BIC	

**Fakultative Angaben des Arztes**

Vorhaltung einer fortgebildeten CED-Fachassistenz (zumindest nach dem Grundkurs des Kompetenznetz Darmerkrankungen) oder einer nach dem BÄK-Curriculum weitergebildeten „CED-Versorgungsassistenz“. Das Zertifikat muss bei der rcc eingereicht werden.

**Notwendige bzw. ergänzungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Arztes (§ 6 Abs. 1)**

Zulassung und Vertragsarztsitz in der Vertragsregion nach Anlage 6

Mitgliedschaft im bng

Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED-Schwerpunktpraxis“ im bng

**oder**

Betreuung von > 50 CED-Patienten (GKV) pro Jahr/Praxis (Nachweis in zumindest einem Jahr der drei Vorjahre). Der Nachweis wird von der rcc in geeigneten Abständen überprüft.

Regelmäßige Fortbildung von jährlich 6 CME-Punkten zum Thema CED, sofern keine „CED-Schwerpunktpraxis im bng“. Der Nachweis wird von der rcc in geeigneten Abständen überprüft.

**Managementgesellschaft**

richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln, Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)

**Verwaltungskostenpauschale (§ 8 Abs. 5)**

Die **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 13 des Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5 % (inkl. USt).

**Einwilligung in Datenverarbeitung**

Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:

- Mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der geltenden Datenschutzvorschriften bei der hiesigen vertragsbezogenen Verarbeitung personenbezogener Daten.
- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der BARMER, der rcc sowie dem beauftragten Rechenzentrum ausschließlich zur Durchführung des BV-Vertrages auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit.b) DSGVO i.V.m. §§ 140a, 13 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.
- Mir ist bekannt, dass die rcc das Rechenzentrum Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295 a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung

