


|  |   |
|--|---|
| <p><b>Teilnahmeerklärung Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Kinder- und Jugendrheumatologie bzw. Ermächtigter Krankenhausarzt</b><br/>zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V mit der BARMER</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.<br/>Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag nebst seinen Anlagen.</p> | <div style="text-align: right;">  </div> <p>Per E-Mail oder Fax an den Beauftragten der BDRh Service GmbH (nachfolgend BDRh-SG)<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 Innere Medizin und Rheumatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt nach § 116 SGB V</p> |
| <b>Stammdaten behandelnder Arzt</b>  |   |
| Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/>   | LANR <input style="width: 100%;" type="text"/>  |
| BAG <input type="checkbox"/>   | BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/>  |
| Titel <input style="width: 100%;" type="text"/>  | Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/>  |
| Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input style="width: 100%;" type="text"/>   |   |
| Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/>  |   |
| PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>  | Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>   |
| E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/>   |   |
| <b>Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)</b>   |   |
| BLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>  | Kreditinstitut <input style="width: 100%;" type="text"/>  |
| Kontonummer <input style="width: 100%;" type="text"/>  | Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/>  |
| IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/>   |   |
| BIC <input style="width: 100%;" type="text"/>  |   |
| <b>Notwendige Angaben des Arztes</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware noch nicht vorhanden   |   |
| <input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden <input type="checkbox"/> QS-Software nicht vorhanden  |   |
| <input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz in der Vertragsregion  |   |
| <b>Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie bzw. Ermächtigten Krankenhausarztes</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten, davon 25 CME-Punkte in Diagnose und der nicht-operativen Therapie chronisch entzündlicher Rheumaformen in Präsenzveranstaltungen liegt in meiner Person vor (Anlage 5)   |   |
| <input type="checkbox"/> Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (Anlage 5)   |   |
| <input type="checkbox"/> Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10 liegt in meiner Praxis vor (Anlage 3)   |   |
| <input type="checkbox"/> eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis liegt vor (Anlage 5)  |   |
| <b>Sicherstellung der Erbringung der Leistung:</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Gelenkinjektion (Anlage 3)  |   |
| <b>Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie bzw. Ermächtigten Krankenhausarztes</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen (Anlage 5)  |   |
| <input type="checkbox"/> Betreuung von 50 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (Anlage 5)  |   |
| <input type="checkbox"/> eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis vor (Anlage 5)  |   |
| <b>Sicherstellung der Erbringung der Leistung:</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Gelenkinjektion (Anlage 3)  |   |
| <b>Beauftragter der BDRh Service GmbH</b>  |   |
| richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln, Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)   |   |

