

**Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung zur digitalen Patientenbegleitung bei rheumatologischen Erkrankungen nach § 140a SGB V**



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 RheumaOne-Vertrag nebst seinen Anlagen.

Per E-Mail oder Fax an die Managementgesellschaft der BDRh Service GmbH (nachfolgend BDRh-SG)  
**kundenservice@richtercareconsulting.de**  
**0221-99 205 218**

**Angaben zum Arzt:**

- Fachärztlich niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie
- Ermächtigter Krankenhausarzt nach §§ 116, 116 a SGB V
- Berechtigter Krankenhausarzt nach § 116 b SGB V (ASV)
- Instituts- bzw. Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V

**Stammdaten behandelnder Arzt**

Einzelpraxis  MVZ       LANR/IK       BSNR

BAG      

Name des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz

Titel       Nachname       Vorname

Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)       Telefon

PLZ       Ort       Telefax

E-Mail

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

BLZ       Kreditinstitut

Kontonummer       Kontoinhaber

IBAN

BIC

**Notwendige Angaben des Arztes**

Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 3 von meinem Teilnahmebeginn an erfülle, insbesondere, dass ich die Qualitätssicherungssoftware RheDAT zur Anbindung an die mit der Schnittstelle zur Anbindung der Gesundheits-App RheCORD PLUS vorhalte.

**Managementgesellschaft**

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

**Verwaltungskostenpauschale (§ 8 Abs. 15)**

Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 8 Abs. 15 des Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5% der Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des BDRh wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % der Vergütung einbehalten.

**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 KKH, der BDRh-SG 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 BDRh-SG zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.
- Die KKH erhält u. a. Name, Vorname, Arzt-ID, LANR, BSNR nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Vertrag über das Arztverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) nach § 4 sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung (§§ 8 und 10 und Anlage 2).
- Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf der Internetseite der KKH und der BDRh-SG 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 DSGVO im Vertrag und der Datenschutzerklärung zum Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten.

