

Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung in der Gastroenterologie zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V „gastroKey-Modul CED“ 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 gastroKey-Modul CED nebst seinen Anlagen.	 Gemeinsam Gesundheit gestalten. Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln (rcc) Per E-Mail oder Fax: kundenservice@richter-careconsulting.de 0221 – 99 205 218 Angaben zum Arzt: ☐ Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie ☐ Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie ☐ Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
Stammdaten behandelnder Arzt	
Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ BAG ☐	LANR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
BSNR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
Titel <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	Nachname <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
PLZ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	Ort <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
E-Mail <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
Telefon <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
Telefax <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
Bankverbindung (BV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)	
BLZ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	Kreditinstitut <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
Kontonummer <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	Kontoinhaber <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
IBAN <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
BIC <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
Fakultative Angaben des Arztes	
☐ Vorhaltung einer fortgebildeten CED-Fachassistenz (zumindest nach dem Grundkurs des Kompetenznetz Darmerkrankungen). Das Zertifikat muss bei der rcc eingereicht werden. ☐ Vorhalten einer nach dem BÄK-Curriculum weitergebildeten „Versorgungsassistenz-CED“. Das Zertifikat muss bei der rcc eingereicht werden.	
Notwendige bzw. vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Arztes (§ 3 Abs. 1)	
☐ Mitgliedschaft im bng ☐ Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED-Schwerpunktpraxis“ im bng oder ☐ Betreuung von > 25 CED-Patienten (GKV) pro Jahr/Praxis. ☐ Regelmäßige Fortbildung von jährlich 12 CME-Punkten zum Thema CED, sofern keine „CED-Schwerpunktpraxis im bng“.	
Managementgesellschaft	
richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln, Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)	
Verwaltungskostenpauschale (§ 7 Abs. 16)	
Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 7 Abs. 16 des Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5 % (inkl. USt).	
Teilnahme des Arztes	
Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte von gastroKey-Modul CED informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele und -inhalte sind mir bekannt. 1. Mit dieser Teilnahmeerklärung nehme ich an gastroKey-Modul CED teil und verpflichte mich zur Einhaltung der Regelungen der Vereinbarung, insbesondere bezüglich der Versorgungsziele und -inhalte sowie der Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung und Zweckmäßigkeit. Nachträgliche Änderungen von gastroKey-Modul CED werden ohne weitere Anerkennung verbindlich. Sofern hinsichtlich der Änderungen mein Einverständnis nicht vorliegt, steht mir ein Sonderkündigungsrecht zu. Mir ist bekannt, dass mit dem Beitritt weiterer Krankenkassen die Regelungen von gastroKey-Modul CED auch gegenüber diesen gelten.	

- ## Einwilligung in Datenverarbeitung

Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:

Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.

- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.
- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von den an gastroKey-Modul CED teilnehmenden Krankenkassen erhoben, verarbeitet und genutzt.
- Die teilnehmenden Krankenkassen erhalten u. a. Name, Vorname, LANR, BSNR, Anschrift und Bankverbindung nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme gastroKey-Modul CED.
- Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht werden.
- Die Informationen zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 - 18 DSGVO und der Datenschutzbestimmungen in gastroKey-Modul CED habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich versichere, dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir hier gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbefugnis im Rahmen von gastroKey-Modul CED sind.

Unterschrift behandelnder Arzt

--

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel

Stamps:

Nachname

[illegible]

Vorname

[illegible]

LANR

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