



<p>Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a 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. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">   <small>Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands</small> </div> <div style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold; margin-top: 10px;"> richtercareconsulting </div> <p style="margin-top: 20px;">Per E-Mail oder Fax an richter care consulting GmbH (rcc) kundenservice@richtercareconsulting.de 0221 – 99 205 218</p> <p>Angaben zum Arzt:</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 <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"/>	Vorname <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"/>	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"/>	Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/>
Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)	
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"/>	
Fakultative Angaben des Arztes	
<input type="checkbox"/> 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. vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Arztes (§ 6 Abs. 1)	
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz in der Vertragsregion nach Anlage 6	
<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft im bng	
<input type="checkbox"/> Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED-Schwerpunktpraxis“ im bng	
oder	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 XI i.V.m. Art. 28 DSGVO verarbeitet. 	

