

Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung in der Allergologie gemäß § 140a SGB V**„allergoKey-Modul spezifische Immuntherapie“**

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 allergoKey-Modul spezifische Immuntherapie (kurz: allergoKey-Modul SIT) nebst seinen Anlagen.


richter care consulting
richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln (rcc)
Per E-Mail oder Fax:
kundenservice@richtercareconsulting.de
0221 – 99 205 218
Angaben zum Arzt:

- ☐ Facharzt für Dermatologie und Venerologie
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung Dermatologie und Venerologie §§ 116, 116 a SGB V
- ☐ Instituts- bzw. Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V

Stammdaten behandelnder ArztEinzelpraxis ☐MVZ ☐BAG ☐

LANR/IK

BSNR

Name der Praxis, des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz

Titel

Nachname

Vorname

Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)

Telefon

PLZ

Ort

Telefax

E-Mail

Bankverbindung (BV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)

BLZ

Kreditinstitut

Kontonummer

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Notwendige bzw. vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Arztes (§ 3 Abs. 1)
☐ Mitgliedschaft im BVDD
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 7,25 % (inkl. USt).

Teilnahme des Arztes

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte von allergoKey-Modul SIT informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele und -inhalte sind mir bekannt.

- Mit dieser Teilnahmeerklärung nehme ich an allergoKey-Modul SIT teil und verpflichte mich zur Einhaltung der Regelungen der Vereinbarung, auch, soweit diese hier nicht gesondert genannt sind, insbesondere bezüglich der Versorgungsziele und -inhalte sowie der Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung und Zweckmäßigkeit. Nachträgliche Änderungen von allergoKey-Modul SIT 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 allergoKey-Modul SIT auch gegenüber diesen gelten.
- Ich versichere, dass ich zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt bin und die Voraussetzungen zur Teilnahme nach § 3 von allergoKey-Modul SIT erfülle.
- Um Informationen von den Krankenkassen zu erhalten, bin ich mit der Speicherung meiner obigen Angaben einverstanden. Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass VALUNY die Daten der von mir verordneten Arzneimittel auswertet und VALUNY diese in einer Übersicht darstellt, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen, Aspekte der Qualität, Arzneimitteltherapiesicherheit und Vertragsinhalte zu informieren. Diese Informationen erfolgen insbesondere über den arztindividuellen Verordnungsreport von VALUNY. Die VALUNY GmbH unterstützt die beteiligten Krankenkassen bei der Durchführung und Administration des Versorgungsprogramms und übernimmt hierfür die vertraglich vorgesehenen Verwaltungsaufgaben.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Vertragspartner verpflichtet sind, meine Teilnahme an allergoKey-Modul SIT zu kündigen, wenn ich
 - meine genannten Verpflichtungen oder Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung durch die Vertragspartner nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitige;
 - grobe oder vorsätzliche Falschabrechnungen (im Sinne von Doppel- und Fehlabrechnungen) vornehme;
 - gegen eine andere mir nach Maßgabe von allergoKey-Modul SIT im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß trotz schriftlicher Abmahnung unter angemessener Fristsetzung durch die Vertragspartner nicht innerhalb der Frist beseitige oder

- wenn ich in erheblichem Umfang gegen eine sonstige wesentliche Verpflichtung (z. B. grobe Verstöße gegen die ärztliche Berufsordnung) verstoße.

5. Mir ist bekannt, dass

- ich meine Teilnahme gegenüber den Vertragspartnern mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich kündigen kann. Mein Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt;
- ich verpflichtet bin, die rcc über alle für die Teilnahme am Vertrag relevanten Änderungen, insbesondere Änderungen meiner Personen-, Praxis- und Abrechnungsdaten sowie Änderungen meines vertragsärztlichen Zulassungs- oder Teilnahmestatus, unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 5 Arbeitstagen, zu informieren.
- die Vertragspartner jederzeit Änderungen bzw. Ergänzungen von allgeroKey-Modul SIT und/oder seiner Anlagen vornehmen können. In diesem Fall kann ich kündigen, wenn ich durch die Änderung oder Ergänzung betroffen bin und die Teilnahme an allgeroKey-Modul SIT aus diesem Grund beenden will (Sonderkündigungsrecht). Dies gilt insbesondere bei Änderungen der Vergütungsregelungen zu meinem Nachteil. Die Kündigung hat schriftlich innerhalb von sechs Wochen nach Mitteilung über die Vertragsänderung gegenüber den Vertragspartnern zu erfolgen. Kündige ich nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen von allgeroKey-Modul SIT und seiner Anlagen als genehmigt;
- die rcc ein Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach allgeroKey-Modul SIT gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295 a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen von allgeroKey-Modul SIT erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.
- meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten von VALUNY, der rcc sowie dem Rechenzentrum ausschließlich zur Durchführung des allgeroKey-Modul SIT -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 werden.
- Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH erhält die von den Krankenkassen geleistete Vergütung nach § 7 zahlt diese erst nach Eingang an mich aus, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 7,25 % (inkl. USt.) an mich auf das o.g. Konto überweist.
- ich bei zweimaliger Nichteinhaltung der Vertragspflichten nach einer schriftlichen Abmahnung von der Teilnahme am Vertrag ausgeschlossen werde.
- die Patienten sich im Falle der Unzufriedenheit via E-Mail an VALUNY wenden können und die teilnehmenden Ärzte verpflichtet sind ein unbürokratisches Beschwerdemanagement zu gewährleisten.
- die Krankenkassen die Abrechnungen sowie die von mir verordneten Arzneimittel auswerten und diese in einer Übersicht darstellen, um mich über die Vertragsziele zu informieren.
- die rcc meine Mitgliedschaft des BVDD prüfen darf.

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 allergeoKey-Modul SIT teilnehmenden Krankenkassen erhoben, verarbeitet und genutzt.
- Die teilnehmenden Krankenkassen erhalten u. a. Name, Vorname, LANR, BSNR, Anschrift und Bankverbindung nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an allergeoKey-Modul SIT.
- 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 allergeoKey-Modul SIT 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 allergeoKey-Modul SIT sind.

Unterschrift behandelnder Arzt

**Unterschrift anstellender Arzt/gesetzlicher
Vertreter**
(bei angestellten Ärzten)

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel

Nachname

[illegible]

Vorname

[illegible]**LANR/IK**

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