

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 allergeKey-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 allergeKey-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 allergeKey-Modul SIT und seiner Anlagen als genehmigt;
- die rcc ein Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach allergekey 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 allergeKey-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 allergekey-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 im BdP 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 allergeKey-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 allergeKey-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 allergeKey-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 allergeKey-Modul SIT sind.

Unterschrift behandelnder Arzt**Datum (TT.MM.JJJJ)****Stempel****Unterschrift anstellender Arzt/gesetzlicher Vertreter**
(bei angestellten Ärzten)**Nachname****Vorname****LANR/IK**