

<p><b>Teilnahmeerklärung Ermächtigtes Krankenhaus und Ambulanzen zum Vertrag zur Durchführung einer integrierten Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V mit der BARMER</b></p> <p><b>Bitte beachten Sie:</b> Bei Teilnahme eines ermächtigten Krankenhauses/ einer Institutsambulanz bzw. einer Hochschulambulanz muss die Teilnahmeerklärung von dem gesetzlichen Vertreter unterzeichnet werden. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">  </div> <p>Per E-Mail oder Fax an den Beauftragten der BDRh Service GmbH (nachfolgend BDRh-SG)  <b>kundenservice@richtercareconsulting.de</b>  <b>0221-99 205 218</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigtes Krankenhaus nach § 116 a SGB V  <input type="checkbox"/> Institutsambulanz nach §§ 117 ff. SGB V  <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V</p>
<b>Stammdaten</b>	
IK <input style="width: 100%;" type="text"/>	Name des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz <input style="width: 100%;" type="text"/>
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nachname des ermächtigten Krankenhausarztes <input style="width: 100%;" type="text"/>
Straße & Hausnummer <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"/>
<b>Notwendige Angaben für die Betreuung von Erwachsenen</b>	
<input type="checkbox"/> Zulassung / Ermächtigung / Berechtigung in der Vertragsregion	
<b>Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben:</b>	
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten, davon 25 CME-Punkte in Diagnose und der nicht-operativen Therapie chronisch entzündlicher Rheumaformen in Präsenzveranstaltungen liegt in Person des ermächtigten Arztes vor ( <b>Anlage 5</b> )	
<input type="checkbox"/> Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal ( <b>Anlage 5</b> )	
<input type="checkbox"/> Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der <b>Anlage 10</b> liegt vor ( <b>Anlage 3</b> )	
<input type="checkbox"/> eine <b>rheumatologische Fachassistenz</b> zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten liegt vor ( <b>Anlage 5</b> )	
<input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden	
<b>Sicherstellung der Erbringung der Leistung:</b>	
<input type="checkbox"/> Gelenkinjektion ( <b>Anlage 3</b> )	
<b>Notwendige Angaben für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen</b>	
<input type="checkbox"/> Zulassung / Ermächtigung / Berechtigung in der Vertragsregion	
<b>Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben:</b>	
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen ( <b>Anlage 5</b> )	
<input type="checkbox"/> Betreuung von 50 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal ( <b>Anlage 5</b> )	
<input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden	
<b>Sicherstellung der Erbringung der Leistung:</b>	
<input type="checkbox"/> Gelenkinjektion ( <b>Anlage 3</b> )	
<b>Beauftragter der BDRh Service GmbH</b>	
richter care consulting GmbH, Im Zollhafen 12, 50678 Köln, Kundenservice: 0211 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)	
<b>Einwilligung in Datenverarbeitung</b>	
<p><b>Ich erkläre im Namen der von mir vertretenen Instituts- bzw. Hochschulambulanz / des Krankenhauses meine Einwilligung zu Folgendem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der geltenden Datenschutzvorschriften bei der hiesigen vertragsbezogenen Verarbeitung personenbezogener Daten</li> <li>• Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der BDRh-SG bzw. des Beauftragten zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.</li> <li>• Die BARMER erhält nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Vertrag die o.g. Stammdaten sowie die Diagnose und Abrechnungsdaten gemäß § 301 Abs. 5 SGB V (§ 12 und <b>Anlage 3</b>)</li> <li>• Die BARMER informiert die teilnehmenden Ärzte mehrmals unterjährig in geeigneter Weise über ihre individuelle Verordnungsweise anhand von Ampelquoten (s. Anlage 11). Dazu wertet die BARMER die Daten der von mir verordneten Arzneimittel aus und stellt diese in einer Übersicht dar, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen zu informieren.</li> <li>• Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Mir ist der Hinweis erteilt worden, dass der Fortbestand des Vertrages zur besonderen Versorgung an das Vorliegen der Einwilligungserklärung als Basis der Datenverarbeitung geknüpft ist.</li> <li>• Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer der Institutsambulanz / der Hochschulambulanz/ des Krankenhauses werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der BARMER und des Beauftragten veröffentlicht.</li> <li>• 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 BV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum BV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten.</li> </ul>	

