

<p>Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V „RheumaOne“</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 RheumaOne-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">  </div> <p>Per E-Mail oder Fax an die Managementgesellschaft der BDRh Service GmbH (nachfolgend BDRh-SG) kundenservice@richtercareconsulting.de 0221-99 205 218</p> <p>Angaben zum Arzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausärztlich niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie (*Teilnahme nur am Modul 1 möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Fachärztlich niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzbezeichnung Kinderreumatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt nach §§ 116,116 a SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Berechtigter Krankenhausarzt nach § 116 b SGB V (ASV)</p> <p><input type="checkbox"/> Instituts- bzw. Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V</p>
Stammdaten	
Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> LANR/IK <input style="width: 100px;" type="text"/> BSNR <input style="width: 100px;" type="text"/> BAG <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Name der Praxis, des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Titel <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100px;" type="text"/>
Straße & Hausnummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/>	
PLZ <input style="width: 100px;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100px;" type="text"/>
Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Bankverbindung (RheumaOne-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)	
BLZ <input style="width: 100px;" type="text"/>	Kreditinstitut <input style="width: 100%;" type="text"/>
Kontonummer <input style="width: 100px;" type="text"/>	Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/>
IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/>	
BIC <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Notwendige und vergütungsrelevante Angaben	
Abrechnungssoftware Rheuma Selekt von HCMB wird unaufgefordert zur Verfügung gestellt, falls noch nicht vorhanden <input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden <input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter nicht vorhanden Optionale Angabe für die Abrechnung von Einzelleistungen: <input type="checkbox"/> Rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis vorhanden (Anhang 2 der Anlage 8)	
Ich erkläre, dass ich an folgenden Modulen teilnehme:	
<input type="checkbox"/> Modul 1: Arzneimittel Rheuma* (Anlage 7) – Teilnahme ist zwingende Voraussetzung für Modul 2 und 3 <input type="checkbox"/> Modul 2: Versorgungslandschaft Rheuma (Anlage 8) <input type="checkbox"/> Modul 3: Transition Rheuma (Anlage 9)	
Modul 2 – Versorgungslandschaft Rheuma: Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben	
<input type="checkbox"/> Zulassung/Vertragsarztsitz oder Ermächtigung in der Vertragsregion nach Anhang 3 der Anlage 8 <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 meiner Person vor (§ 3 Abs. 4) <input type="checkbox"/> Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (§ 3 Abs. 4) Optionale Angabe für die Abrechnung von Einzelleistungen: <input type="checkbox"/> Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend des Anhang 5 der Anlage 8 liegt in meiner Praxis vor (Anhang 2 der Anlage 8) <input type="checkbox"/> Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler (Anhang 2 der Anlage 8) <input type="checkbox"/> Nachweis einer seitens des BDRh bzw. der BDRh-SG definierten Fortbildung für die Beratung bei Kinderwunsch	

