

Anlage 1

Antrag zur Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 140a SGB V (SECURVITA BKK)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.
In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ (§ 4 Abs. 1) -bitte beifügen-

und/oder

- Besitz des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ (§ 4 Abs. 4) -bitte beifügen-

Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich verpflichte mich,

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen und/ oder teilnehmenden Krankenkassen anerkannten homöopathischen Fortbildungen, z. B. homöopathischen Qualitätszirkeln, in einem Mindestumfang von 100 CME-Punkten in 5 Jahren, davon maximal 75 Punkte für Qualitätszirkel teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass sich die Fortbildungen überwiegend auf Einzelmittelhomöopathie beziehen müssen (§ 4 Abs. 2).
- die Fortbildungsnachweise alle 5 Jahre bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02 nach Ablauf des 5-Jahreszeitraums erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt (§ 4 Abs. 3). Die Vorlage des gültigen DZVhÄ-Diploms gilt als Nachweis bis zum Ablauf des Diploms (§ 4 Abs. 4). **bitte beifügen**

Erklärung

- Mir sind die Ziele und Inhalte des o. a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.
- Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich quartalsweise nach Einschreibung an die Kassenärztliche Vereinigung zur Übermittlung an die Krankenkasse weiter.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist die
SECURVITA BKK, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten wenden Sie sich an
SECURVITA BKK, Datenschutzbeauftragter
Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der SECURVITA BKK ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die SECURVITA BKK, die teilnehmenden Krankenkassen und die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination erhalten LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende nach Bestätigung der Vertragsteilnahme an dem Vertrag durch das aus den Daten erstellte Teilnehmerverzeichnis.
- Die Daten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung an die SECURVITA BKK weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf der Homepage der SECURVITA BKK und der beteiligten Krankenkassen veröffentlicht.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und für satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

Information über Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an die für die SECURVITA BKK zuständige Aufsichtsbehörde richten:
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Angestellte Person