

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Anlage 1

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

| | |
|--|--|
| <p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p> | <p><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p> |
|--|--|

| | |
|--|-------------------------------------|
| <p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p> | <p>ab dem: <input type="text"/></p> |
|--|-------------------------------------|

| | |
|---|-------------------------------|
| <p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> | |
| 1. BSNR: <input type="text"/> | 4. BSNR: <input type="text"/> |
| 2. BSNR: <input type="text"/> | 5. BSNR: <input type="text"/> |
| 3. BSNR: <input type="text"/> | |

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

| | |
|--|--|
| Fachliche Voraussetzungen | <input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ (§ 4 Abs. 1) und/oder <input type="checkbox"/> Besitz des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ (§ 4 Abs. 4) |
| Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung | <p>Ich verpflichte mich,</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 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). |
| Erklärung | <p>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.</p> |
| Allgemeine Hinweise | <ul style="list-style-type: none"> ☛ Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich quartalsweise nach Einschreibung an die Kassenärztliche Vereinigung zur Übermittlung an die Krankenkasse weiter. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. |
| Hinweis zum Datenschutz | <p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p> <p>In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.</p> |
| Hinweise zur Datenverarbeitung | <p>Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist die SECURVITA BKK, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg</p> <p>Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten wenden Sie sich an SECURVITA BKK, Datenschutzbeauftragter Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg</p> |
| Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten | <ul style="list-style-type: none"> ☞ 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. |



| | | | | | |
|---------------------------------------|---|----|------|--------------------------|--------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ☞ Die SECURVITA BKK, die teilnehmenden Krankenkassen und die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung 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 | <p>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).</p> <p>Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.</p> <p>Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an die für die SECURVITA BKK zuständige Aufsichtsbehörde richten:</p> <p>Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gaurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn</p> | | | | |
| Einverständnis zum Datenschutz | <p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung <table border="1" style="float: right; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 5px;">ja</td> <td style="padding: 5px;">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | ja | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ja | nein | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

Ich bestätige, den o. g. Vertrag zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

| | |
|---|---|
| Gilt nur bei ange- stellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis | |
| | Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis |
| | bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ |
| | Unterschrift ausführender, angestellter Arzt |

