

Anlage A

Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V in den Indikationen Psoriasis und Neurodermitis „DermaOne“

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 DermaOne-Vertrag nebst seinen Anlagen.



DermaMed

BVD

richter care consulting

Per E-Mail oder Fax an richter care consulting GmbH (rcc)
kundenservice@richter care consulting.de
0221 – 99 205 218

Angaben zum Arzt:

- Facharzt für Dermatologie und Venerologie
 Ermächtigter Krankenhausarzt mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung Dermatologie und Venerologie nach §§ 116,116 a SGB V
 Instituts- bzw. Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V

Stammdaten behandelnder Arzt

Einzelpraxis MVZ LANR/IK BSNR Gültig ab (TT.MM.JJJJ)
 BAG

Name des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz

Titel Nachname Vorname

Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) Telefon

PLZ Ort Telefax

E-Mail

Bankverbindung (BV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)

BLZ Kreditinstitut

Kontonummer Kontoinhaber

IBAN

BIC

Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Arztes

Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 6 Abs. 2 von meinem Teilnahmebeginn an erfülle, insbesondere, dass ich

- über umfangreiche Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Psoriasis und/oder Neurodermitis mit Biologika, PDE-4-Hemmern, JAK-Inhibitoren oder Fumaraten verfüge und
- regelmäßig an krankheitsspezifischen Fortbildungen (Psoriasis und/oder Neurodermitis) teilnehme.

Mitgliedschaft im BVDD Mitgliedschaft in der DermaMed*

Managementgesellschaft

richter care consulting GmbH, Im Zollhafen 12, 50678 Köln; Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)

Verwaltungskostenpauschale (§ 13 Abs. 3)*

Die **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 13 Abs. 3 des DermaOne-Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5,5 % (inkl. USt) für Mitglieder der DermaMed e.G. von der Vergütung. Für Nichtmitglieder der DermaMed e.G. wird eine Verwaltungskostenpauschale von 7,25 % (inkl. USt) von der Vergütung einbehalten.

Einwilligung in Datenverarbeitung

Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:

- Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass die rcc ein Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem DermaOne-Vertrag 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 dieses DermaOne-Vertrages 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 werden von der TK, der rcc sowie dem Rechenzentrum ausschließlich zur Durchführung des DermaOne-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.
- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.
- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der TK, den diesem DermaOne-Vertrag beitretenden Krankenkassen sowie der rcc zur Durchführung des DermaOne-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.
- Die TK sowie die beitretenden Krankenkassen erhalten u.a. Name, Vorname, LANR, BSNR und Anschrift nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem DermaOne-Vertrag über das Teilnehmerverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung.
- Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf der Internetseite der TK, den beitretenden Krankenkassen und der rcc veröffentlicht werden.
- Die Informationen zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 - 18 DSGVO im DermaOne-Vertrag und der Datenschutzbestimmungen im DermaOne-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

