

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur besonderen ambulanten Versorgung im Fachgebiet Psychotherapie nach §73c SGB V

DAK-Gesundheit

Stammdaten	
LANR (9-stellig) [][][][][][][][][][]	HBSNR [][][][][][][][][][]
Titel, Nachname, Vorname _____	
Verbandsmitgliedschaften	
<input type="checkbox"/> MEDI Baden-Württemberg e.V.	<input type="checkbox"/> Freie Liste der Psychotherapeuten
<input type="checkbox"/> BVDN e.V.	<input type="checkbox"/> Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.
<input type="checkbox"/> DGVT Berufsverband e.V.	
Teilnahmevoraussetzungen der Praxis/BAG/MVZ	
<input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer onlinfähigen IT und Internetanbindung <input type="checkbox"/> Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) <input type="checkbox"/> Vertragssoftware für PT-Vertrag DAK-G ist installiert, Name der Software: _____ (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular Vertragssoftware) <input type="checkbox"/> Online-Key ist vorhanden (Nachweis: Bestätigungsformular HZV-Online-Key, falls dieses noch nicht i.R. einer Teilnahme an einem anderen Selektivvertrag gem. §§ 73c und /oder 140a SGB V eingereicht wurde)	
Wichtige Hinweise	
<ul style="list-style-type: none"> Die Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionsfähiger Installation der Vertragssoftware erfolgen. Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit Ihrem Arztinformationssystem. Es darf nur eine Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den PT-Vertrag DAK-G zugelassen ist. 	
Berufshaftpflichtversicherung	
Ich bestätige, dass ich während meiner gesamten Vertragsteilnahme eine Berufshaftpflichtversicherung gemäß der geltenden Berufsordnung führe und erkläre mich bereit, diese Anforderungen nachzuweisen.	
Datenübernahme (verkürzte Teilnahmeerklärung)	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass die auf Seite 2 und 3 dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Angaben der Managementgesellschaft im Rahmen meiner Teilnahme an einem Psychotherapievertrag gemäß §§ 73 c und / oder 140a SGB V in Baden-Württemberg bereits auf aktuellen Stand vorliegen. Ich beauftrage die Managementgesellschaft hiermit diese Angaben für meine Teilnahme an diesem Vertrag zu übernehmen.	
Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten/MVZ	
<p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß §73c SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme erfolgt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen; ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Verscherteneinschreibung, im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen/psychotherapeutischen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann; ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der MEDIVERBUND AG kündigen kann; sich mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppelabrechnungen ist mir bekannt; die Managementgesellschaft das von der DAK-G geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das unten benannte Konto überweist; ich der MEDIVERBUND AG Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen; Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der DAK-G, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V. veröffentlicht werden. Hinweise zum Datenschutz befinden sich auf Seite 3 dieses Formulars. <p>Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p>	

Unterschrift Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel Praxis/MVZ

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur besonderen ambulanten Versorgung im Fachgebiet Psychotherapie nach §73c SGB V

DAK-Gesundheit

Seite 2 und 3 der Teilnahmeerklärung bitte vollständig ausfüllen, wenn eine Datenübernahme aus einem anderen Vertrag (siehe Seite 1) nicht gewünscht oder nicht möglich ist.

Anschritt									
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis									
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	_____ Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)								
<input type="checkbox"/> MVZ	_____ Postleitzahl, Ort								
<input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt/Psychotherapeut	_____ ggf. Name MVZ								
_____ Telefon	_____ Fax								
_____ E-Mail Adresse									
Bankverbindung									
_____ Kreditinstitut									
IBAN	BIC								
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
_____ Kontoinhaber									
Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten									
Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V./ Freie Liste der Psychotherapeuten / DPtV e.V. / BVDN e.V. / DGVT-BV e.V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Zusätzlich beträgt die einmalige Verwaltungsgebühr 357 € (max. 714 € je HBSNR).									
Persönliche Teilnahmevoraussetzungen									
Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich mindestens eine oder mehrere dieser Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen.									
Ich habe eine Zulassung/Ermächtigung zur fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V als									
<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut								
und/oder Facharzt für									
<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Neurologie und Psychiatrie								
<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/> Nervenheilkunde								
<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Neurologie								
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie									
und/oder									
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt, der gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig ist									
oder									
<input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt/Psychotherapeut (Ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen)									
<input type="checkbox"/> Zulassung, Vertragsarztsitz/-psychotherapeutensitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg. <i>(Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registerauszug)</i>									
<input type="checkbox"/> Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV-Ä. <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>									
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt. <i>(Nachweis: Teilnahmebescheinigung)</i>									
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über die Genehmigung der KV gemäß den entsprechenden Bestimmungen der jeweils aktuellen Psychotherapievereinbarung für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen. <i>(Nachweis: KV-Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung)</i>									
Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen									
<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung <i>(Nachweis: KV-Genehmigung)</i>								
<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie <i>(Nachweis: KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung – EBM-Ziffer 35210 oder 35411 oder 35412 oder 35415)</i>								
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie <i>(Nachweis: KV-Genehmigung)</i>								
<input type="checkbox"/>	Neuropsychologische Therapie <i>(Nachweis: KV-Genehmigung)</i>								
<input type="checkbox"/>	(Video-) Fernbehandlung <i>(Nachweis: Lizenzvertrag)</i>								

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur besonderen ambulanten Versorgung im Fachgebiet Psychotherapie nach §73c SGB V

DAK-Gesundheit

Wichtige Hinweise:	
<ul style="list-style-type: none"> Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/BAG/MVZ die Abrechnungsvoraussetzung erfüllen. Falls die vertraglichen Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden, bitten wir Sie den leistungserbringenden Arzt/Psychotherapeuten auf dieser Teilnahmeerklärung anzugeben (nächster Abschnitt). Es gilt: Für eingeschriebene Patienten dürfen in Einzelpraxis/BAG/MVZ keine Leistungen aus dem Ziffernkranz (Anlage 11) über die KV abgerechnet werden. 	
Folgende Ärzte/Psychotherapeuten sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input type="text"/>	
Titel, Nachname, Vorname	
Fachgebiet	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input type="text"/>	
Titel, Nachname, Vorname	
Fachgebiet	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input type="text"/>	
Titel, Nachname, Vorname	
Fachgebiet	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input type="text"/>	
Titel, Nachname, Vorname	
Fachgebiet	
Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO	
<ul style="list-style-type: none"> Die hier angegebenen Daten (ggf. inkl. Datenübernahme) werden von der MEDIVERBUND AG und der DAK-G ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die DAK-G und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die DAK-G und ggf. deren beauftragtes Dienstleistungsunternehmen erhält durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung. Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der DAK-G, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen. <p>Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist.</p> <p>Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist: MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datschutz-team@medi-verbund.de. Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, datschutz-team@medi-verbund.de.</p> <p>Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.</p>	