

Teilnahmeerklärung zum Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß §140a SGB V

BKK VAG

Stammdaten																					
LANR (9-stellig) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> </tr> </table>											HBSNR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
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 onlinefähigen IT und Internetanbindung <input type="checkbox"/> Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) <input type="checkbox"/> Vertragssoftware für PT-Vertrag BKK VAG ist installiert, Name der Software: _____ <i>(Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular Vertragssoftware)</i> <input type="checkbox"/> Online-Key ist vorhanden <i>(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)</i>																					
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 Arzteinformationssystem Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den PT-Vertrag BKK VAG zugelassen ist 																					
Berufshaftpflichtversicherung																					
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich während meiner gesamten Vertragsteilnahme eine Berufshaftpflichtversicherung gemäß der geltenden Berufsordnung führe und erkläre mich bereit, diese auf Anforderung nachzuweisen.																					
Datenübernahme (verkürzte Teilnahmeerklärung) Hinweis: Die verkürzte Teilnahmeerklärung ist für Hausärzte, welche nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, nicht möglich.																					
<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																					
Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß §140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.																					
1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass <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 Versicherteneinschreibung, 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 sechs 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 Betriebskrankenkasse 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 6 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen. 																					
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.																					
Einwilligung in Datenverarbeitung und Nutzung																					
Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden: <ul style="list-style-type: none"> Die hier angegebenen Daten (ggf. inkl. Datenübernahme) werden von der MEDIVERBUND AG zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAG Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von mir 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 Betriebskrankenkasse oder deren beauftragtes Dienstleistungsunternehmen erhält durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung. Meine Daten werden gemäß Anlage 11 von der MEDIVERBUND AG und der Betriebskrankenkassen ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) EU-DSGVO verarbeitet Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 EU-DSGVO für diesen Vertrag und der Anlage 12 habe ich zur Kenntnis genommen. Mein Name, meine Praxisanschrift (ggf. inkl. Nebenbetriebsstätte(n)) und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V. veröffentlicht. Patientenbezogene Daten können in anonymisierter Form von den Vertragspartnern zur Vertragsevaluation genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.																					

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

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel Praxis/MVZ

--

--	--	--	--	--	--	--	--

--

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag über
eine besondere psychotherapeutische Versorgung im
ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß §140a SGB V**

BKK VAG

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung – EBM-Ziffer 35210 oder 35411 oder 35412 oder 35415)
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	Neuropsychologische Therapie (KV-Genehmigung)

Wichtige Hinweise:

- 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 8) 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	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input type="text"/>	
Titel, Nachname, Vorname	
Fachgebiet	

Zusätzliche Angaben für die Umkreissuche im Internet

Informationen für die Umkreissuche werden für die Auskunft über Ihr Leistungsspektrum erhoben und sollen der Information der Versicherten dienen. Die Angaben können nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de vorgenommen werden.

Mit der Angabe der Daten willigen Sie ein, dass die Informationen in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der BKK VAG bzw. der BETRIEBSKRANKENKASSEN oder deren Dienstleister, der MEDI VERBUND AG und des MEDI BW e.V. veröffentlicht werden und an teilnehmende Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten sowie an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt werden.