


<p>Teilnahmeerklärung Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie bzw. Kinder- und Jugendrheumatologe zum Vertrag zur Durchführung einer Integrierten Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V mit der BARMER</p> <p>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 Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">  </div> <p>Per Fax an die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (nachfolgend VLR) 0211 – 90 98 17 78</p> <p>Angaben zum Arzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie</p>
Stammdaten behandelnder Arzt	
Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/>	LANR <input style="width: 100%;" type="text"/> BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/> Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/> Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/> Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input style="width: 100%;" type="text"/> Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/>	
PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/> Ort <input style="width: 100%;" type="text"/> Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)	
BLZ <input style="width: 100%;" type="text"/> Kontonummer <input style="width: 100%;" type="text"/> IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/> BIC <input style="width: 100%;" type="text"/>	Kreditinstitut <input style="width: 100%;" type="text"/> Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/>
Notwendige Angaben des Facharztes bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen	
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Vertragssoftware noch nicht vorhanden <input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden <input type="checkbox"/> QS-Software nicht vorhanden <input type="checkbox"/> IV- Online-Key bereits vorhanden <input type="checkbox"/> IV-Online-Key nicht vorhanden <input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz in der Vertragsregion	
Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten, davon 25 CME-Punkte in Diagnose und der nicht-operativen Therapie chronisch entzündlicher Rheumaformen in Präsenzveranstaltungen liegt in meiner Person vor (Anlage 5) <input type="checkbox"/> Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (Anlage 5) <input type="checkbox"/> Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10 liegt in meiner Praxis vor (Anlage 3) <input type="checkbox"/> eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis liegt vor (Anlage 5)	
Sicherstellung der Erbringung der Leistung: <input type="checkbox"/> Gelenkinjektion (Anlage 3)	
Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie	
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen (Anlage 5) <input type="checkbox"/> Betreuung von 50 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (Anlage 5) <input type="checkbox"/> eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis vor (Anlage 5)	
Sicherstellung der Erbringung der Leistung: <input type="checkbox"/> Gelenkinjektion (Anlage 3)	
Managementgesellschaft	
Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (VLR); c/o bcs best care solutions GmbH, Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf, Kundenservice: 0211 – 90 98 17 77 (9:00 bis 17:00 Uhr)	
Verwaltungskostenpauschale (§13)	
Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 13 des Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5% von der Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des BDRh wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % von der Vergütung einbehalten.	
Einwilligung in Datenverarbeitung	
Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem: <ul style="list-style-type: none"> • Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. 	

