

Gesellschaft Anthroposophischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland e.V.
Herzog-Heinrich-Str. 18, 80336 München
Fax.-Nr.: 089 - 7167776 - 49
E-Mail: info@gaed.de

Anlage 6.1

Teilnahmeerklärung für Ärzte mit Kassenzulassung

zum Vertrag zur besonderen Versorgung mit Anthroposophischer Medizin nach § 140a SGB V zwischen der mkk – meine-krankenkasse, der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD), dem Berufsverband Heileurythmie e.V. (BVHE), dem Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e. V. (BVAKT), dem Berufsverband Rhythmische Massage e.V.(BVRM) und dem Vertrag beigetretenen Kassen.

Eine aktuelle Liste der am Vertrag beteiligten Krankenkassen finden Sie im Internet unter www.damid.de unter der Rubrik „Integrierte Versorgung“. **Bitte beachten Sie, dass nur mit den dort aufgelisteten Krankenkassen abgerechnet werden kann.**

Hiermit erkläre ich als unterzeichnende/r Ärztin/Arzt meine Teilnahme an den o.g. Verträgen.

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des von den Vertragspartnern abgeschlossenen Vertrags informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist, sie mit dem Tag des Zugangs meiner Teilnahmeerklärung und der Verwaltungskosten bei der GAÄD beginnt und dass ich die Beendigung meiner Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von 1 Monat zum Ende eines jeden Quartals gegenüber der GAÄD erklären kann. Bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen kann ich an der Teilnahme von dem o.g. Vertrag ausgeschlossen werden. Die Abrechnungsstelle ist berechtigt, von der vertraglich vereinbarten Vergütung eine Gebühr im Namen und auf Rechnung der GAÄD einzubehalten. Bei Abrechnung über Datenträger kommt für Mitglieder der GAÄD ein niedrigerer Verwaltungskostenabschlag zum Ansatz. Dieser kann quartalsmäßig neu festgesetzt werden. Die GAÄD ist zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben berechtigt, einen oder mehrere Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen und meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen allen Vertragspartnern und dem/den von der GAÄD beauftragten Dienstleistungsunternehmen zur Verfügung zu stellen. Von diesen dürfen die Daten zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden.
3. Ich erfülle die Qualifikationsvoraussetzungen des Vertrages (Nachweise beiliegend, falls der GAÄD nicht bereits vorgelegt) und weise die notwendigen Fortbildungsmaßnahmen jährlich gegenüber der GAÄD nach.
4. Ich beteilige mich an der EDV-gestützten Einschreibung und Abrechnung der vertraglichen Leistungen gegenüber der GAÄD/Abrechnungsgesellschaft, soweit die hierfür notwendigen technischen Voraussetzungen bestehen.
5. Ich verpflichte mich, bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten und die schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und Praxisadresse, - rufnummer in einem Teilnehmerverzeichnis und der Weitergabe an interessierte Patienten einverstanden.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des o.g. Vertrages auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind.

Bei Gemeinschaftspraxen gilt: Jeder Teilnehmer füllt bitte eine Teilnahmeerklärung aus.

Name	Vorname	Titel					
LANR							
BSNR							
Name der Praxis							

Telefon-Nummer:
Fax-Nummer:
E-Mail:

Bitte hier die Kontodaten für die Abrechnung eintragen:

Kontoinhaber:		
Kontonummer:		
IBAN:		
Bankleitzahl:		
Name der Bank:		
<input type="checkbox"/> Diese Bankverbindung darf auch für den Einzug der Verwaltungsgebühr der GAÄD verwendet werden.		
Datum	Unterschrift	Vertragsarztstempel (Arzt/Gemeinschaftspraxis)