

<p>Teilnahmeerklärung Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie bzw. Kinder- und Jugendrheumatologie zum Vertrag zur Durchführung einer Integrierten Versorgung Rheuma gemäß §§ 140 a ff. SGB V mit der TK</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 IV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> </div> <p>Per Fax an die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (nachfolgend VLR) 01805/ 00 24 25 405 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p> <p>Angaben zum Arzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie</p>																
Stammdaten behandelnder Arzt																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Einzelpraxis <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">MVZ <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;">LANR</td> <td style="width: 30%;">BSNR</td> <td style="width: 10%;">Gültig ab (TT.MM.JJJJ)</td> </tr> <tr> <td>BAG <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	MVZ <input type="checkbox"/>	LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)	BAG <input type="checkbox"/>										
Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	MVZ <input type="checkbox"/>	LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)													
BAG <input type="checkbox"/>																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Titel</td> <td style="width: 40%;">Nachname</td> <td style="width: 40%;">Vorname</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Titel	Nachname	Vorname													
Titel	Nachname	Vorname															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)</td> <td style="width: 50%;">Telefon</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)	Telefon														
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)	Telefon																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">PLZ</td> <td style="width: 30%;">Ort</td> <td style="width: 50%;">Telefax</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		PLZ	Ort	Telefax													
PLZ	Ort	Telefax															
Bankverbindung (IV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">BLZ</td> <td style="width: 70%;">Kreditinstitut</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kontonummer</td> <td>Kontoinhaber</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">IBAN</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">BIC</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		BLZ	Kreditinstitut			Kontonummer	Kontoinhaber			IBAN				BIC			
BLZ	Kreditinstitut																
Kontonummer	Kontoinhaber																
IBAN																	
BIC																	
Notwendige Angaben des Facharztes bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen																	
<p><input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Vertragssoftware noch nicht vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden <input type="checkbox"/> QS-Software nicht vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/> IV- Online-Key bereits vorhanden <input type="checkbox"/> IV-Online-Key nicht vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz in der Vertragsregion</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme am Arzneimittelvertrag zwischen der TK und dem BDRh</p>																	
Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie																	
<p><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 (§ 4 Abs. 2)</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (§ 4 Abs. 2)</p> <p><input type="checkbox"/> Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10 liegt in meiner Praxis vor (Anlage 3 a)</p> <p><input type="checkbox"/> eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis liegt vor (Anhang 4 der Anlage 3 a)</p> <p>Sicherstellung der Erbringung der Leistung:</p> <p><input type="checkbox"/> Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler (Anlage 3 a)</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgenzulassung der KV liegt vor (Anlage 3 a)</p>																	
Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie																	
<p><input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen (§ 4 Abs. 4)</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung von 50 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (§ 4 Abs.)</p> <p>Sicherstellung der Erbringung der Leistung:</p> <p><input type="checkbox"/> Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler (Anlage 3 a)</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgenzulassung der KV liegt vor (Anlage 3 a)</p>																	
Managementgesellschaft																	
<p>Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (VLR) Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Telefonnummer bei Kundenanfragen: 02203/ 57 56 1250 (9:00 bis 17:00 Uhr)</p>																	
Verwaltungskostenpauschale und Verwaltungsgebühr (§ 19)																	
<p>Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 19 Abs. 1 des IV-Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5% von der IV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des BDRh wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % von der IV-Vergütung einbehalten. Gemäß § 19 Abs. 2 des IV-Vertrages ist eine einmalige Verwaltungsgebühr von 357 Euro inkl. gesetzl. USt. innerhalb von 21 Tagen nach Rechnungslegung an die VLR zu zahlen. Sollte die Zahlung innerhalb der Frist nicht erfolgen, wird meine Teilnahmebestätigung spätestens 10 Tage nach Fristablauf storniert.</p>																	

