

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-594  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

### Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag

gemäß § 140a SGB V

<p>Antragsteller</p> <p>_____</p> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter</p>	<p>Leistungserbringer</p> <p>_____</p> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
---	--

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p> <p>_____</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p> <p>_____</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung</p> <p><input type="checkbox"/> Anstellung</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis</p> <p><input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik</p> <p><input type="checkbox"/> üBAG</p>										

<p>Genehmigung beantragt zum</p> <p>_____</p>	<p>Datum</p> <p>_____</p>
<p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p> <p>_____</p>	<p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p> <p>_____</p>

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Bearbeitung und Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach dieser Vereinbarung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Anforderungen gemäß § 6 des Vertrages**

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“  
**und / oder**  
 Nachweis Homöopathie-Diplom des DZVhÄ

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass der Vertrag vollumfänglich eingehalten wird. Die Ziele und Inhalte des Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, werden anerkannt.

Es ist bekannt, dass

- regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder der SECURVITA Krankenkasse anerkannten homöopathischen Fortbildungen, z.B. homöopathischen Qualitätszirkeln, in einem Mindestumfang von 100 CME-Punkten in 5 Jahren, davon maximal 75 Punkte für Qualitätszirkel teilzunehmen ist. Die Fortbildungen/Qualitätszirkel müssen sich überwiegend auf Einzelmittelhomöopathie beziehen.
- die Fortbildungsnachweise alle 5 Jahre bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen sind. Für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. nach Ablauf des 5-Jahreszeitraums erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt (Die Vorlage des gültigen DZVhÄ-Diploms gilt als Nachweis bis zum Ablaufdatum des Diploms).
- die unterzeichneten Teilnahmeerklärungen der Versicherten quartalsweise nach der Einschreibung an die Kassenärztliche Vereinigung, zur Übermittlung an die SECURVITA Krankenkasse, weiterzuleiten sind,
- die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag nach § 140a SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Das Einverständnis zur Weitergabe der in § 5 i. V. m. § 7 des Vertrages genannten Daten im Teilnehmerverzeichnis durch die KV Berlin an die teilnehmenden Krankenkassen, einschließlich der Veröffentlichung in einem Verzeichnis auf der Webseite der KV Berlin, wird gegeben.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. dem o.g. Vertrag. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung der Teilnahmeerklärung und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)