

VKZ: 121A12AE007

Vertrag nach § 140a SGB V über die ambulante Behandlung von Kindern mit der gesicherten Diagnose Amblyopie mittels einer ergänzenden webbasierten Stimulationstherapie

An:

Convema Versorgungsmanagement GmbH
Karl-Marx-Allee 90A
10243 Berlin

Titel, Name, Vorname	
Straße	
PLZ Ort	
Telefon / Fax	
BSNR	
LANR	
Kontoinhaber	
Bankverbindung (IBAN)	

1. Ich bin mit den Regeln des Vertrages nach § 140a SGB V über die ambulante Behandlung von Kindern mit der gesicherten Diagnose Amblyopie mittels einer ergänzenden webbasierten Stimulationstherapie einverstanden. Die Inhalte des Vertrages habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich insbesondere die ärztlichen Leistungen gemäß Anlage 7 zu erfüllen.
2. Ich verpflichte mich, bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere des Datenschutzgesetzes.
3. Die Original-Teilnahmeerklärung des Patienten wird bei mir in der Praxis aufbewahrt. Ich werde diese der BARMER zur Verfügung stellen, sofern sie gemäß § 3, Abs. 3 des Vertrages angefordert wird.

4. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben im Teilnehmerverzeichnis und die Weitergabe der Angaben an Versicherte der BARMER einverstanden:
Name und Praxisanschrift, Telefonnummer, Betriebsstättennummer und Arztnummer
5. Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Caterna folgende Angaben auf Ihrer Homepage veröffentlicht: Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon- und Faxnummer, Adresse der Homepage (sofern vorhanden).
6. Ich erhalte für meine Leistungen das von der Krankenkasse entrichtete Leistungsentgelt gem. Anlage 10 des Vertrages..
7. Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regeln des Vertrages, auch soweit sie hier nicht ausdrücklich genannt sind. Ebenso verpflichte ich mich, die Teilnahmeerklärung des Patienten zu unterschreiben.
8. Ich kann meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende durch schriftliche Erklärung gegenüber Caterna kündigen.
9. Meine Teilnahme endet automatisch, wenn der Vertrag beendet wird.

Ort/Datum

Unterschrift Arzt / Praxisstempel