

Teilnahmeerklärung

zum Rahmenvertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach den §§ 140a ff SGB V
mit Anthroposophischer Medizin zwischen dem Berufsverband für Anthroposophische Kunst-
therapie e. V. (BVAKT) und den teilnehmenden Kassen

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o.g. Rahmenvertrag zur Versorgung mit Leistungen der Anthro-
posophischen Kunsttherapie (BVAKT)[®] in der jeweils gültigen Fassung:

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, diese mit dem Tag des Zugangs meiner Zulassung durch den BVAKT beginnt und, dass ich die Beendigung meiner Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines jeden Quartals gegenüber dem BVAKT erklären kann. Bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen kann ich von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen werden.
3. Ich verpflichte mich, bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und deren Sicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten, die Patient:in ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten und seine/ihre schriftliche Einwilligung einzuholen.
4. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe der im Folgenden unter a) und b) genannten Daten unter Beachtung der geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes einverstanden. Diese dürfen für die Dauer meiner Teilnahme vollumfänglich an die teilnehmenden Kassen sowie an die Abrechnungsstelle PVS priä weitergegeben werden, an Patient:innen nur die unter a) genannten. Die Daten dürfen ausschließlich für diese Zwecke verwendet werden.

a) Name, Vorname, ggf. Titel: _____

Name der Praxis: _____

Tel. Nummer, ggf. Fax: _____

E-Mail (optional): _____

b) IK-Nummer: _____

Name der Bank: _____

Kontoinhaber:in: _____

IBAN: _____

6. Mir ist bekannt, dass bei Gemeinschaftspraxen jede:r Teilnehmer:in eine eigene Teilnahmeerklärung ausfüllen muss.

Ort und Datum:
(Praxisstempel wird vom BVAKT bei Zulassung aufgebracht.)

Unterschrift der erklärenden Therapeut:in