

**Berufsverband Rhythmische Massage e.V. (BVRM)**  
**Roggenstraße 82, 70794 Filderstadt**  
**Fax.- Nr.: 0711-7799712**  
**E-Mail: [info.bv@rhythmischemassage.com](mailto:info.bv@rhythmischemassage.com)**

## Teilnahmeerklärung für Anthroposophische Therapeuten für Rhythmische Massage (BVRM)

zum Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V über die Versorgung mit Anthroposophischer Medizin zwischen 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 Rahmenvertrag beigetretenen Kassen.

Eine aktuelle Liste der am Vertrag beteiligten Krankkassen finden Sie im Internet unter [www.damid.de](http://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 Therapeutin/Therapeut meine Teilnahme an dem o.g. Vertrag.

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des von den Vertragspartnern abgeschlossenen Vertrages informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist, sie mit dem Tag des Zugangs meiner Teilnahmeerklärung beim BVRM beginnt, und dass ich die Beendigung meiner Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von 1 Monat zum Ende eines jeden Quartals gegenüber dem BVRM erklären kann. Bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen kann ich von der Teilnahme am o.g. Vertrag ausgeschlossen werden (§ 10).
3. 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.
4. 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

IK-Nummer:
------------

Name der Praxis:
------------------

Tel. Nummer	Fax-Nummer	E-Mail:
-------------	------------	---------

Bitte hier die Kontodaten für die Abrechnung eintragen:

Kontoinhaber:	
Kontonummer:	
IBAN:	
Bankleitzahl:	
Name der Bank:	

Datum:	Unterschrift der teilnehmenden TherapeutIn:	Praxisstempel:
<hr/>	<hr/>	