

Anlage 1 **Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**
Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie nach § 140a SGB V
IKK classic – AG Vertragskoordinierung

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Mitgliederservice Sonderverträge
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
E-Mail: mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de
Fax: 069 24741-68805

**Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie
als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V**

Antragsteller

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____
(Bitte alle BSNR einschl. Nebenbetriebsstätten-Nr. angeben.)

Telefon/Fax _____

Tätig als: Vertragsarzt angestellter Arzt
Tätig in: Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ

Bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben: _____

Fachliche Anforderungen (Bitte Kopie der Urkunde beifügen.)

Ich bin zur Führung der Zusatzbezeichnung Homöopathie berechtigt. Ich besitze das Homöopathie-Diplom der DZVhÄ.

Erklärung

Mir sind die Ziele und Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Ich verpflichte mich,

- regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder der IKK classic anerkannten homöopathischen Fortbildungen, z. B. homöopathischen Qualitätszirkeln, in einem Mindestumfang von 100 CME-Punkten in 5 Jahren, davon maximal 75 Punkte für Qualitätszirkel, teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass sich die Fortbildungen/Qualitätszirkel überwiegend auf Einzelmittelhomöopathie beziehen müssen.
- die Fortbildungsnachweise alle 5 Jahre bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. nach Ablauf des 5-Jahreszeitraums erbracht werden, die Teilnahme genehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt. Die Vorlage des gültigen DZVhÄ-Diploms gilt als Fortbildungsnachweis bis zum Ablaufdatum des Diploms.

In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.

Unterschrift Vertragsarzt

Ort, Datum

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel

