

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Mitgliederservice Sonderverträge  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
E-Mail: [mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de](mailto: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 beteiligten Krankenkassen 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 Teilnahmegenehmigung 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



