

**Bitte zusammen mit Anlage I, II und III einsenden an:**

**Berufsverband für  
Anthroposophische Kunsttherapie e.V. (BVAKT)  
Dependance Göttingen  
Am Weendelsgraben 9  
37077 Göttingen**

## **Teilnahmeerklärung für Anthroposophische Kunsttherapeuten (BVAKT)**

zum Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung mit Anthroposophischer Medizin (nach § 140a SGB V) zwischen dem Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e. V. (BVAKT) **und den am Rahmenvertrag teilnehmenden Kassen.**

**Eine aktuelle Liste der dem Rahmenvertrag beigetretenen Krankenkassen ist jeweils im Rundbrief des BVAKT und im Internet unter [www.damid.de](http://www.damid.de) unter der Rubrik „Integrierte Versorgung“ einzusehen. Mir ist bekannt, dass nur mit den dort aufgelisteten Krankenkassen über die jeweilig zuständigen Abrechnungsstellen abgerechnet werden kann.**

Hiermit erkläre ich als unterzeichnende/r Therapeutin/Therapeut meine Teilnahme an den o.g. Verträgen.

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 Teilnahmeerklärung sowie der erforderlichen Anlagen und Nachweise gegenüber dem BVAKT beginnt und dass ich die Beendigung meiner Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von 1 Monat zum Ende eines jeden Quartals gegenüber dem BVAKT erklären kann. Bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen kann ich von der Teilnahme an den o.g. Verträgen ausgeschlossen werden (§ 10).
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, den Patienten/ die Patientin ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und –verarbeitung zu unterrichten und seine/ihre schriftliche Einwilligung einzuholen..
4. Mit der Veröffentlichung meines Namens und Praxisadresse, - rufnummer in einem Teilnehmerverzeichnis und der Weitergabe dieser Daten an interessierte Patienten bin ich einverstanden.

**Ich verpflichte mich zur Einhaltung der in den Anlagen I und II genannten Regelungen und der Rahmenempfehlungen zu den o.g. Verträgen.**

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:	
Bankleitzahl:	
Name der Bank:	

Datum:	Unterschrift der/s teilnehmenden TherapeutIn:	Praxisstempel:
_____	_____	