

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Frau Anke Rößler  
Postfach 1664  
39006 Magdeburg

**Fax-Nr.: (0391) 627 8436**

**A N T R A G**  
**auf Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie**  
**als besonderen Versorgungsauftrag nach § 73 c SGB V**

Gilt für:

- BKK Securvita ab 07.07.2009
- BKK Linde ab 01.10.2010
- Daimler BKK ab 01.04.2010
- BKK Essanelle ab 01.07.2010
- BKK 24 ab 01.07.2010
- BKK Pfaff ab 01.10.2010
- IKK classic ab 01.01.2011
- BKK Herkules ab 01.07.2011
- actimonda BKK (ehemals Alp plus) ab 01.04.2012
- Novitas BKK

**I. Persönliche Angaben**

Anrede: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

**II. Fachliche Anforderungen**

Ich bin zur Führung der Zusatzbezeichnung Homöopathie berechtigt.  
*Bitte Kopie der Urkunde beifügen.*

oder

Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Homöopathie liegt der KV bereits vor.

und/oder

Ich besitze das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ.  
*Bitte Kopie der Urkunde beifügen.*

### **III. 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 bin mit der Weitergabe der in § 5 des Vertrages genannten Daten im Teilnehmerverzeichnis durch die KV an die teilnehmenden Krankenkassen, einschließlich der Veröffentlichung in einem Verzeichnis auf der Homepage der KV, einverstanden. Ich verpflichte mich,

- regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder der Krankenkasse anerkannten homöopathischen Fortbildungen oder homöopathischen Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen, teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass sich die Fortbildungen/Qualitätszirkel überwiegend auf Einzelmittelhomöopathie beziehen müssen.
- die Fortbildungsnachweise jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr jeweils bis spätestens zum 15.02. des Folgejahres bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. eines jeden Folgejahres erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt.

Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich quartalsweise nach Einschreibung an die KV zur Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse weiter.

### **IV: Datenschutz**

Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben auf der Homepage der KVSA einverstanden:

- mein Name, Vorname, Praxistelefonnummer und meine Praxisanschrift sowie
- meine Fachgruppe.

Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des oben genannten Teilnehmerverzeichnisses an die Vertragspartner sowie die berechtigte und unbedingt notwendige Weitergabe an die Versicherten der Krankenkasse einverstanden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung.

### **V. Allgemeines**

Leistungen nach dem Vertrag nach § 73 c SGB V dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung erteilt wurde.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift/Vertragsarztstempel