Original an Kassenärztliche Vereinigung zur Weiterleitung an die Krankenkasse. Kopie bitte der Patientin/ dem Patienten aushändigs  Vertragsarztstempel  Vertragsarztstempel  Vertragskennzeichen 120 A 0400482  Teilnahme- und Einverständniserklärung  zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die telinehmenden Aztrinnen und Arzte verfügen über eine besonderen Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorurfen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches Herapiens sprundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziellvorhandenen Selbsthellungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifischen Meglickation mit Einzelmiteln nach den spezifischen Regel der homöopathischen Heilunde. Die Kosten für die homöopathischen Medikation mit Einzelmiteln nach den spezifischen Regel der homöopathischen Heilunde. Die Kosten für die homöopathischen Medikation mit Einzelmiteln nach den spezifischen Regel der homöopathischen Heilunden. Die Kosten für die homöopathischen Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße ihren im Einzelnen in der Teilnahmer und Einverständinger der gesetzten von der weiteren Tei				_	
Vertragsarztstempel  Vertragskennzeichen 120 A 0400482  Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach 5 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigertretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation und dem Gebied ter klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungen und der Empfehlung der homöopathischen Homöopathischen Heilung der Underung durch spezifisches Herapeutsiches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathische Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwikungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Kran	Krankenkasse bzw. Koste	nträger		(	Original an Kassenärztliche Vereinigung zur Weiterleitung an die
Vertragskennzeichen 120 A 0400482  Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach 3 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVTA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzt verfügen über eine besonderen Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Abhardus verfügen über Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutische Frankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutische Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutische Entspezierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutische Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homoopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathische Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an die	Name, Vorname des Versi	cherten		Kra	nkenkasse. Kopie bitte der Patientin/ dem Patienten aushändige
Vertragskennzeichen 120 A 0400482  Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankhelten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die bem Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheitungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische Arzliche homöopathische Leistungshandenen Selbstheitungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifischen Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheitungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifischen Arbeiten hömöopathische Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.  Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilna			geb. am		
Vertragskennzeichen 120 A 0400482  Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besonderer Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankhelten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die bem Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische Arzliche homöopathische Leistungsen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kösten für die homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kösten für die homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kösten für den bemöopathischen Medikation mit Einzelmiteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kösten für den homöopathischen Medikation mit Einzelmiteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Krüberschen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme					
Vertragskennzeichen 120 A 0400482  Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheits-bild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifischen Freapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilklunde. Die Kosten für die homöopathischen Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freilwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme und Einverständniserklärung dargestellten Mitwiknungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlössen werden.  Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Krankenkasse / den be	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Vertragskennzeichen 120 A 0400482  Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheits-bild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifischen Freapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilklunde. Die Kosten für die homöopathischen Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freilwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme und Einverständniserklärung dargestellten Mitwiknungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlössen werden.  Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Krankenkasse / den be					
Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherte eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathischen Medikation mit Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.  Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Krankenkasse / den beigetretenen Krankenkassen ohne Angabe von Grün	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherte eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathischen Medikation mit Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.  Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Krankenkasse / den beigetretenen Krankenkassen ohne Angabe von Grün				J	
Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches herapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathische Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren in Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.  Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Krankenkasse / den beigetretenen Krankenkassen ohne Angabe von Gründ					Vertragsarztstempel
Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.  Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches herapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathische Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.  Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Krankenkasse / den beigetretenen Krankenkassen ohne Angabe von Gründ	Vertragskennzei	chen 120 A 04004	182		
ronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Krankenkasse / den beigetretenen Krankenkassen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine Krankenkasse absende.  Erklärung der Patientin / des Patienten: Ja, ich will an dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen. Ich verpflichte mich gemäß § 140a SGB V gegenüber meiner BKK, für die homöopathische Versorgung nach diesem Vertrag nur den nachfolgend genannten, an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen oder andere ärztliche Leistungserbringer nur auf Überweisung dieses Arztes in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel möglich. An diese Verpflichtung bin ich mindestens ein Jahr gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich nicht mit Wirkung zum Quartalsende bei meiner Krankenkasse kündige. Weiterhin bestätige ich, dass ich die o. g. homöopathische Ärztin / den o.g. homöopathischen Arzt für die Erbringung der Leistungen nach	Patienteninforma Homöopathie im eine besondere C besonderen Ther bild möglichst äh Erkrankungsform ziell vorhandener sche Leistungen z mit Einzelmitteln für Personen übe Teilnahme an die ständniserklärung (angemessenen) schlossen werden	ation: Durch diese Rahmen der vertragen, der apierichtungen, den indiziert, bei den Selbstheilungskraur Behandlung chen nach den spezifister 12 Jahren dürferser Versorgung ist gedargestellten Mi Frist nicht nachkon.	en Vertrag wird für o ragsärztlichen Verso em Gebiet der klass ie Krankheiten mit p hervorrufen. Die An enen eine Heilung o äften zu erwarten is ronischer und akute chen Regeln der hor n dabei aufgrund ge t freiwillig. Sollten Si twirkungsverpflicht mmen, können Sie z	rgung erm ischen Hor potenzierte wendung der Linder it. Leistung er Erkranki möopathis setzlichen ie in beson ungen auc zudem von	nöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über möopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der en Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitseiner homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen rung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potengsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathiungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation schen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathische Medikation Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die inderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten in der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausge-
Versorgungsauftrag teilnehmen. Ich verpflichte mich gemäß § 140a SGB V gegenüber meiner BKK, für die homöopathische Versorgung nach diesem Vertrag nur den nachfolgend genannten, an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen oder andere ärztliche Leistungserbringer nur auf Überweisung dieses Arztes in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel möglich. An diese Verpflichtung bin ich mindestens ein Jahr gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich nicht mit Wirkung zum Quartalsende bei meiner Krankenkasse kündige. Weiterhin bestätige ich, dass ich die o. g. homöopathische Ärztin / den o.g. homöopathischen Arzt für die Erbringung der Leistungen nach	ronisch oder zur den widerrufen.	Niederschrift bei	der SECURVITA Krai	nkenkasse	e / den beigetretenen Krankenkassen ohne Angabe von Grün-
Ich war zuvor bei folgender Ärztin / folgendem Arzt für diesen Vertrag eingeschrieben (nur ausfüllen, wenn zutreffend.)	Versorgungsauftr sorgung nach die nehmen oder and Gründen (z.B. Wo Verpflichtung bin automatisch um o bestätige ich, das diesem Vertrag g	rag teilnehmen. Ich sem Vertrag nur d dere ärztliche Leis schnungswechsel, I ich mindestens e ein weiteres Jahr, is ich die o. g. hom ewählt habe.	h verpflichte mich g len nachfolgend gen tungserbringer nur a Praxisschließung, Stö in Jahr gebunden. So sofern ich nicht mit nöopathische Ärztin	emäß § 14 nannten, a nauf Überw örung des oweit der i Wirkung z / den o.g.	HOa SGB V gegenüber meiner BKK, für die homöopathische Vern diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu reisung dieses Arztes in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel möglich. An diese Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme zum Quartalsende bei meiner Krankenkasse kündige. Weiterhin homöopathischen Arzt für die Erbringung der Leistungen nach

Name der/s Ärztin / Arztes

Die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die Aufklärung über die

Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Ausübung des Widerrufs berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Eine Durchschrift dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten

# Hinweise zum Datenschutz bei Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderer Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen

Zur Leistungserbringung ist auch im Rahmen der Versorgung die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

### Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten, Information

#### Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse und sonstige Dritte, wie z.B. Abrechnungsdienstleister) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen. Insbesondere stimme ich zu, dass die Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Versichertennummer, Versichertenstatus, Teilnahmebeginn, evtl. Teilnahmeende und Beendigungsgrund und ggf. Abrechnungsziffer der erbrachten Leistung und ihr Wert) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmerverwaltung zwischen den Vertragspartnern und dem Abrechnungsdienstleister weitergegeben werden dürfen. Medizinische Daten werden sofern notwendig nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärzten ausgetauscht, sofern dies zur Behandlung im Rahmen dieser Versorgung förderlich ist.
- dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen werden können.

#### Widerruf der Einwilligung

Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung können Sie nicht am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie teilnehmen. Ferner können Sie die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

#### Belehrung zu Ihren Datenschutzrechten nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sie haben das gesetzliche Recht auf **Auskunft** zu Ihren im Rahmen der Versorgung verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf **Löschung** (Art. 17 DSGVO) und **Berichtigung** (Art. 16 Satz 1 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragung (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X).

Für die Teilnahme am Vertrag erfolgt die weitere Verarbeitung durch die von den Leistungserbringern/Ärzten und Krankenkassen beauftragten Abrechnungs- und Rechenzentren. Sie können sich wegen der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an die teilnehmende Krankenkasse als verantwortliche Stelle gem. beigefügter Übersicht wenden oder gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

beschweren. Beschwerden über die Abrechnungs- und Rechenzentren richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde im Bundesland des Vertragspartners. Die entsprechenden Kontaktdaten teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a) sowie 9 Abs. 2 Buchstaben a) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO sowie § 140a in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 13 und §§ 295, 295a SGB V.

Sie können sicher sein, dass Ihre Daten besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) nicht mehr benötigt werden.

## Teilnehmende Krankenkasse als verantwortliche Stelle:

Teilnehmende Krankenkasse	Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle nach Art. 13 DSGVO	Kontakt Datenschutz
SECURVITA Krankenkasse	Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg E-Mail: mail@securvita-bkk.de	SECURVITA – Datenschutzbeauftragter datenschutzbeauftragter@securvitabkk.de
ВКК24	Sülbecker Brand 1, 31683 Obernkirchen E-Mail: info@bkk24.de	E-Mail Datenschutz: datenschutz@bkk24.de
BKK Herkules	Jordanstraße 6, 34117 Kassel E-Mail: info@bkk-herkules.de	E-Mail Datenschutzbeauftragter: datenschutzbeauftragter@bkk-herkules.de
BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33, 65187 Wiesbaden E-Mail: info@bkk-linde.de	E-Mail Datenschutz: datenschutz@bkk-linde.de
BKK PFAFF	Pirmasenser Straße 132, 67655 Kaiserslautern E-Mail: info@bkk-pfaff.de	E-Mail Datenschutz: Datenschutz@bkk-pfaff.de
Mercedes Benz BKK	Mercedesstr. 136, 70327 Stuttgart	E-Mail Datenschutz: datenschutz@mercedes-benz-bkk.de
Novitas BKK	Schifferstraße 92-100, 47059 Duisburg	www.novitas-bkk.de/Datenschutz