

Vertrag nach § 127 (2) SGB V über die Versorgung der Versicherten der diesem Vertrag beigetretenen Betriebskrankenkassen mit rehathechnischen Hilfsmitteln vom 17.11.2014 i. V. m. der 1. Nachtragsvereinbarung zur Versorgung mit Homecare-Produkten vom 30.06.2015 zwischen dem BKK Landesverband Bayern, dem BKK Landesverband Süd und der RSR Reha-Service-Ring GmbH (AC/TK: 15 90 377)

Leistungserbringer können zu gleichen Bedingungen dem gemäß § 127 Abs. 2 SGB V geschlossenen o. g. Vertrag nebst aller Anlagen sowie Ergänzungsvereinbarungen beitreten, soweit sie ausnahmslos alle hier geregelten Vorgaben die Voraussetzungen nach § 126 SGB V und die Präqualifizierungsbestimmungen erfüllen.

Vertragsbeitrittserklärung / Anerkennniserklärung / Verpflichtungsschein

Ich/Wir erkenne(n) den Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit rehathechnischen Hilfsmitteln vom 17.11.2014 i. V. m. der 1. Nachtragsvereinbarung zur Versorgung mit Homecare-Produkten vom 30.06.2015 zwischen dem BKK Landesverband Bayern, dem BKK Landesverband Süd und der RSR Reha-Service-Ring GmbH (AC/TK: 15 90 377) in der jeweils geltenden Fassung einschließlich aller Anlagen sowie alle zur Durchführung des Vertrages getroffenen Vereinbarungen als von mir/uns in eigener Person abgeschlossen an und verpflichte(n) mich/uns, diese gewissenhaft zu erfüllen. Ein Exemplar des o.g. Vertrages nebst Anlagen sowie der 1. Nachtragsvereinbarung habe(n) ich/wir erhalten.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden. Der über den Beitritt geschlossene Vertrag kann innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnisnahme schriftlich gekündigt werden, wenn hinsichtlich der Änderungen kein Einverständnis besteht.

Mir/uns ist bekannt, dass der Beitritt erst wirksam ist, wenn die Eignungsvoraussetzungen beziehungsweise Präqualifizierung gegenüber den Kostenträgern nachgewiesen wird. Die Nachweise stelle(n) ich/wir mit der Übersendung des Antrages zur Verfügung. Die Annahme wird mir/uns durch den BKK Landesverband Bayern schriftlich erklärt.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns bereit, meinen/unseren Mitarbeitern diese Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Es ist mir/uns bekannt, dass ohne Betriebsleiter der Betrieb nicht weitergeführt werden kann. Ich/wir versichern, dass ich/wir zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts und während des gesamten Versorgungszeitraumes sowohl die vertraglichen als auch die gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V erfülle(n). Änderungen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Voraussetzungen werde(n) ich/wir unverzüglich schriftlich dem BKK Landesverband Bayern mitteilen. Ein Verstoß gegen die Meldepflichten stellt einen Vertragsverstoß dar und zieht eine Vertragsstrafe nach sich.

Vor- und Zuname _____

Berufsbezeichnung _____

Apothekenanschrift _____

Institutionskennzeichen _____

- Inhaber des Unternehmens
- persönlich haftender Gesellschafter
- vertretungsberechtigtes Organ
- Angestellter des Unternehmens

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Antragstellers

SO FERN DER BETRIEB VON EINEM FACHLICHEN LEITER GEFÜHRT WIRD:

Ort und Datum

Vor- und Zuname des fachlichen Leiters

Unterschrift des Vorgenannten

Mein/Unser Betrieb gehört dem/der _____ an
z.B. Innung, Einkaufsverband, Berufsverband usw.

Mein/Unser Betrieb gehört keinem Verband an

Meine/unsere Email-Adresse: _____

2.) Vertragsbezogene Nachweise als Selbstauskunft: *
(BITTE ENTSPRECHEND ANKREUZEN)

- Einhaltung der geltenden Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Verordnung über die Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), den DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), die Hygiene-Sterilvorschriften, des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie die Empfehlungen der Krankenkassen zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V enthält.
- Der Abschluss einer Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden in Höhe von mindestens 2.000.000,00 € pauschal für Personen- und 1.000.000,00 € pauschal für Sachschäden sowie 100.000,00 € für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall wird bestätigt. Diese wird für die Laufzeit der Versorgungsberechtigung aufrecht erhalten.
- Eigenes Fachpersonal für die Versorgung, Einweisung, Überprüfung, Reparatur und Wartung nach den Vorschriften des Herstellers beziehungsweise des MPG wird vorgehalten.
- Alle am Versicherten tätigen Personen sind auf die eingesetzten Produkte durch den Hersteller beziehungsweise durch den Hersteller autorisierte Firmen entsprechend zu schulen und haben dies auf Verlangen mittels Schulungszertifikat nachzuweisen.

*) Auf Verlangen der Kostenträger sind die Nachweise umgehend zur Verfügung zu stellen.

3.) Angaben über die beabsichtigte Abgabe der nachfolgenden Versorgungsbereiche:

Der Beitritt erfolgt für die im Folgenden markierten Versorgungsbereiche, längstens bis zum Ablauf der zugehörigen Präqualifizierungs-Bestätigung am/zum

<input type="checkbox"/>	01 Absauggeräte	<input type="checkbox"/>	18 Krankenfahrzeuge
<input type="checkbox"/>	02 Adaptionshilfen	<input type="checkbox"/>	21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
<input type="checkbox"/>	03 Applikationshilfen	<input type="checkbox"/>	22 Mobilitätshilfen
<input type="checkbox"/>	04 Badehilfen	<input type="checkbox"/>	23 Orthesen/Schienen
<input type="checkbox"/>	05 Bandagen	<input type="checkbox"/>	24 Prothesen
<input type="checkbox"/>	08 Einlagen	<input type="checkbox"/>	26 Sitzhilfen
<input type="checkbox"/>	09 Elektrostimulationsgeräte	<input type="checkbox"/>	27 Sprechhilfen
<input type="checkbox"/>	10 Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	28 Stehhilfen
<input type="checkbox"/>	11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	<input type="checkbox"/>	29 Stomaartikel
<input type="checkbox"/>	12 Hilfsmittel bei Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	31 Schuhe
<input type="checkbox"/>	15 aufsaugende Inkontinenzhilfen	<input type="checkbox"/>	32 Therapeutische Bewegungsgeräte
<input type="checkbox"/>	15 ableitende Inkontinenzhilfen	<input type="checkbox"/>	33 Toilettenhilfen
<input type="checkbox"/>	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	<input type="checkbox"/>	50 Pflegebetten

Ich/wir erfülle(n) die räumlichen und sachlichen Voraussetzungen:

abgeschlossene Kabine mit einer Liege, einem Spiegel und einer Messeinheit sind vorhanden.

Mir/uns ist bekannt, dass falsche Angaben zum Entzug der durch die Erklärung bewirkten Versorgungsberechtigung und Vertragsteilnahme führen sowie ggf. weitergehende Vertragsmaßnahmen nach sich ziehen.

Mir/uns ist bekannt, dass die Betriebskrankenkasse oder der BKK Landesverband Bayern und BKK Landesverband Süd zur Überprüfung der Betriebsausstattung eine Betriebsbegehung, innerhalb der üblichen Öffnungszeiten durchführen bzw. eine von der Betriebskrankenkasse oder vom der BKK Landesverband Bayern/BKK Landesverbandes Süd benannte Stelle damit beauftragen kann.

Datum

Unterschrift des Betriebsinhabers

Unterschrift des Betriebsleiters

Bearbeitungshinweis:

Bitte alle 3 vollständig ausgefüllten Seiten im Original dem BKK Landesverband Bayern, Züricher Straße 25, 81476 München vorlegen.