

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Anlage 2 - Erklärung

Netznummer: 73

zur Teilnahme am Vertrag Integrierte Versorgung Bergisch Land

Tel.-Nr. privat*

Tel.-Nr. dienstlich*

Fax-Nr.*

E-Mail-Adresse*

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über Inhalte der Integrierten Versorgung und die Versorgungsziele informiert hat.
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- zur Sicherstellung des medizinischen Behandlungserfolges die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung im Regelfall nur durch eine Überweisung meiner Betreuungsärztin/meines Betreuungsarztes erfolgt.
- ich freiwillig und kostenfrei an der Integrierten Versorgung teilnehme und dass ich innerhalb von zwei Wochen meine Teilnahme widerrufen und jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Integrierten Versorgung bei meiner Krankenkasse schriftlich kündigen kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen am Vertrag Integrierte Versorgung Bergisch Land teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und -verarbeitung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner in der Integrierten Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen habe.
- ich weiß, dass ich meine Teilnahme jederzeit kündigen kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der Integrierten Versorgung gelöscht werden soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben Ihrer Krankenkasse nicht mehr benötigt werden.
- ich weiß, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der Integrierten Versorgung einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

3. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde die an der Integrierten Versorgung beteiligten Ärzte(innen) und deren Mitarbeiter(innen) von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

zu 3.: Ja, ich bestätige die vorstehende Entbindung der Schweigepflicht mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus auszufüllen –

Ich habe geprüft, dass mein Patient zusätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an der Integrierten Versorgung bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift

Stempel Arzt