



Vertragsnummer: 12001400087

Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ja, ich möchte die Vorteile der „Integrierten Versorgung“ nutzen

und wünsche meine Behandlung auf Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes. Mein Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass eine Behandlung nur durch berechnigte Behandler erfolgt. Meine Teilnahmeerklärung wird meiner BKK übermittlel. Eine Übermittlelung meiner personenbezogenen medizinischen Daten an meine Betriebskrankenkasse findet nicht slal.

Mein Arzt hat mich aufgeklärl

Über die Inhalte und die an dieser integrierten Versorgung beteiligten Leistungserbringer, die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten und die Dokumentationsstelle bin ich informiert worden. Zu diesem Zweck wurden mir auch Informationsmaterialien ausgehändigt. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über meine Person bei einem der beteiligten Leistungserbringer einzusehen.

Beendigung jederzeit problemlos möglich

Meine Teilnahme endet automatisch mit der vollständigen Leistungserbringung bzw. mit dem Versicherungsende bei meiner BKK. Ich kann meine Teilnahme jederzeit schriftlich widerrufen.

Meine medizinischen Daten werden gemeinsam dokumentiert

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Erkrankung zusammenhängenden medizinischen Daten (z.B. Untersuchungsergebnisse) in der mir vorgestellten und in den mir ausgehändigten Informationsmaterialien beschriebenen Art und Weise gemeinsam dokumentiert werden. Die gemeinsame Dokumentation meiner Daten dient ausschließlich der Koordination und Qualitätssicherung meiner Behandlung.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass die mich behandelnden und der beruflichen Schweigepflicht unterliegenden Leistungserbringer meine Behandlungsdaten für den konkret anstehenden Behandlungsfall im jeweils erforderlichen Umfang aus der gemeinsamen Dokumentation abrufen und nutzen. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Im Falle meines Widerrufs werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Patientendokumentation gelöscht.

Meine Daten werden anonym für wissenschaftliche Zwecke genutzt

Ich bin damit einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung erhoben und verwendet werden. Rückschlüsse auf meine Person sind ausgeschlossen.

Belehrung über das Widerrufsrecht

Ich kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der BKK ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Mit Zugang meines Widerrufs bei der Krankenkasse ist keine Teilnahme an der Integrierten Versorgung entstanden. Mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

Ihre Meinung zählt!

Ich bin damit einverstanden, an einer Befragung zur integrierten Versorgung teilzunehmen.

Kiel, am . . . 20

Stempel Leistungserbringer/in

01 38 352

Prof. Dr.med. Dipl. Psych. Hartmut Göbel
Heikendorfer Weg 9-27, 24149 Kiel
Tel. 0431-20099-121; Fax. 0431-20099-129
Zentrales IV-Netztelefon 0431-20099-121

Unterschrift Versicherte/r

Unterschrift aufklärende/r Arzt/Ärztin