

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			



Teilnahmeerklärung zum „Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern gemäß §§140 a ff SGB V“

Ich bin darüber informiert worden,

- dass sämtliche Leistungen durch diejenigen Leistungserbringer erbracht werden, die an der Kooperation zum o.g. Vertrag zwischen BKK vor Ort, der Ärztegenossenschaft Nord eG und dem Lübecker Ärztenetz beteiligt sind.
- dass dieser Vertrag die Behandlung / Versorgung ausschließlich durch die teilnehmenden Leistungserbringer vorsieht. Grundsätzlich kann die Leistungserbringung nicht in/von anderen Einrichtungen erbracht werden, sofern nicht medizinische Gründe dagegen sprechen.
- dass, die im Rahmen des Behandlungspfades „Kreuzschmerz“ erhobenen Daten und meine persönlichen Daten (Name, Anschrift und Krankenversicherungsnummer, Wohnortwechsel, Ende der Mitgliedschaft, Widerruf der Teilnahme an der integrierten Versorgung) unter Wahrung aller Datenschutzbestimmungen von der BKK vor Ort und den beteiligten Leistungserbringer an die Ärztegenossenschaft Nord eG weitergegeben und dort aufbereitet werden.

Ich bin darüber informiert, dass die Teilnahme am Behandlungspfad „Kreuzschmerz“ freiwillig ist. Ich kann jederzeit meine Teilnahme widerrufen. Dazu reicht eine schriftliche Erklärung gegenüber dem behandelnden Hausarzt/Facharzt aus. Dieser informiert umgehend die Ärztegenossenschaft Nord eG

Verarbeitung patientenbezogener Daten

Zur Leistungserbringung ist auch im Rahmen des Behandlungspfades „Kreuzschmerz“ die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Vertragspartner (Vertragsärzte/LÄN, BKK vor Ort, Ärztegenossenschaft Nord eG) unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses, weitergegeben werden dürfen,
- dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch von der BKK vor Ort beauftragten Ärzte (z.B. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) eingesehen werden können,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Behandlungspfad „Kreuzschmerz“ gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ich bin darüber informiert, dass ich der Weitergabe von Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an Leistungen des Vertrages nicht (mehr) möglich ist.

Ferner ist mir bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über die Behandlungsdaten und Befunde führen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mir die Patienteninformation ausgehändigt und ich über die Inhalte informiert wurde. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und bin mit der Behandlung in den teilnehmenden Einrichtungen einverstanden. Ich kann jederzeit aus diesem Vertrag austreten. Dazu reicht eine schriftliche Erklärung gegenüber einem der Leistungserbringer aus.

- Ja, ich möchte am Behandlungspfad „Kreuzschmerz“ teilnehmen.
- Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenspeicherung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der integrierten Versorgung einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über die Inhalte informiert wurde. Ich bin darüber unterrichtet, dass die Teilnahme am Behandlungspfad „Kreuzschmerz“ freiwillig ist und bin mit der Behandlung durch die teilnehmenden Leistungserbringer einverstanden.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Bitte senden an:

Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein
Filiale der Ärztegenossenschaft Nord eG
Bahnhofstraße 1 - 3
23795 Bad Segeberg

Fax: 04551-99 99-19