Anlage 2

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IKK Die Innovationskasse

Teilnahme- und Einverständniserklärung des Versicherten an der Teilnahme der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zwischen der IKK Die Innovationskasse und der Ärztegenossenschaft Nord eG und Dialysen S-H GbR

Patienteninformation:

Durch diese besondere Versorgung wird den Versicherten der IKK Die Innovationskasse eine Betreuung und medizinische Versorgung innerhalb einer festgelegten Behandlungskette aus einer Hand angeboten. Die Vertragspartner haben sich zum Ziel gesetzt, mit dieser besonderen Versorgung zur Förderung der Prävention dialysepflichtiger Niereninsuffizienz die Häufigkeit der vorzeitig eintretenden dialysepflichtigen Niereninsuffizienz in Schleswig-Holstein zu senken. Erreicht werden soll dies durch die fachgruppenübergreifende Zusammenarbeit und durch ein nephrologisches Case-Management bei Patienten mit fortgeschrittener chronischer Niereninsuffizienz (ab Stadium IV, d.h. GFR kleiner oder gleich 30 ml/min). Damit werden Doppeluntersuchungen vermieden, die sonst übliche Behandlungsdauer verkürzt und die körperliche und psychosoziale Belastungen werden reduziert.

Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist für die Versicherten der IKK Die Innovationskasse freiwillig. Sie beginnt mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung und endet automatisch mit Abschluss der Behandlung. Eine Kündigung während der zeitlichen Bindung kann nur beim Vorliegen außerordentlicher Gründe erfolgen (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung o.ä.). Während der gesamten Behandlung sind die Versicherten für diese Behandlung an den von ihnen gewählten Arzt gebunden. Kosten, die durch Verstoß der Versicherten gegen die Verpflichtung, nur einen von der IKK Die Innovationskasse vertraglich gebundenen Arzt in Anspruch zu nehmen, entstehen, sollen den Versicherten auferlegt werden, sofern dieser Verstoß schuldhaft erfolgt.

Die Teilnahmeerklärung kann innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK Die Innovationskasse ohne Angabe

von Gründen widerrufen werden. Fristwahrend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK Die Innovationskasse.

Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die IKK Die Innovationskasse dem Versicherten – oder seinem gesetzlichen Vertreter - eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Teilnahmeerklärung:

Das Versorgungsangebot im Rahmen dieser besonderen Versorgung mit den einzelnen Behandlungsschritten und den Teilnahmebedingungen wurde mir von meinem gewählten und behandelnden Arzt

_____

behandelnder Arzt, LANR und Praxisstempel, Unterschrift

vorgestellt. Ich akzeptiere die Teilnahmebedingungen und erkläre meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung mit Wirkung ab

_____

Datum, Unterschrift des Versicherten

Einwilligung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Patientenbefragung:

Die Hinweise zum Datenschutz (DS-GVO) habe ich gelesen und willige in die Erhebung, Nutzung, Verarbeitung und Übermittlung meiner persönlichen Daten für die Umsetzung dieser besonderen Versorgung ein. Die Versicherteninformation zur Teilnahme- und Einverständniserklärung und zum Datenschutz habe ich erhalten und bin mit dem Inhalt einverstanden. Die Zustimmung zur Datennutzung durch die teilnehmenden Leistungserbringer, der Ärztegenossenschaft Nord eG und Dialysen S-H GbR und der IKK Die Innovationskasse, kann ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden. Bei einem Widerruf der Datennutzung ist die weitere Teilnahme an dem Versorgungsangebot nicht mehr möglich. Die Rechtmäßigkeit der Datenerhebung und –nutzung bis zum Widerruf bleibt hiervon unberührt.

Patientenbefragung:

Mit einer schriftlichen Patientenbefragung im Anschluss an die Behandlung bin ich einverstanden.

☐ Ja

☐ Nein

Sollten Sie mit der freiwilligen Patientenbefragung nicht einverstanden sein, hat dies keine Auswirkung auf die Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung und führt auch nicht zum Ausschluss aus dieser.

_____

Datum, Unterschrift des Versicherten