

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 Patient

Rücksendung an:
Ärztegenossenschaft Nord eG,
Bahnhofstraße 1-3
23795 Bad Segeberg
oder Fax: 04551 / 9999-19

Patientendaten (Formularkopf drucken oder Aufkleber anbringen)

Teilnahmeerklärung an der Integrierten Versorgung im Rahmen des Programms „Gesundheit im Netz“

Teilnahmeerklärung	Einverständniserklärung zum Datenschutz
<p>Hiermit erkläre ich, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mein behandelnder Arzt mich ausführlich über die Inhalte des Versorgungsprogramms „Gesundheit im Netz“ informiert und mich darauf hingewiesen hat, dass die Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm freiwillig ist. • Mir eine Patienteninformation ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. • Mich mein behandelnder Arzt ferner darauf hingewiesen hat, dass die Teilnahmeerklärung für alle Angebote innerhalb dieses Versorgungsprogramms und für alle Ärzte dieses Ärztenetzes gilt. ich Im Bedarfsfall über die erweiterten Angebote aufgeklärt werde. • Ich mich mit meiner Teilnahme verpflichte, für eine Behandlung bevorzugt Ärzte des Ärztenetzes aufzusuchen. Dass mein Recht auf freie Arztwahl dadurch nicht eingeschränkt wird. • Mir bekannt ist, dass ich die Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden kann. Die Kündigung schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse erfolgt. Meine Teilnahme ferner automatisch mit Ende meines Versicherungsverhältnisses bei meiner Krankenkasse bzw. bei Beendigung des Versorgungsprogramms durch meine Krankenkasse endet. 	<p>Mir ist bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Vertragsarzt meine Einschreibedaten aufnimmt. Die Krankenkasse meine Teilnahmevoraussetzungen prüft und meine Teilnahmedaten speichert. Im Falle der Kündigung meiner Teilnahme gegenüber der Krankenkasse diese Ihren behandelnden Vertragsärzten die Kündigung mitteilt. • Die behandelnden Vertragsärzte zum Zwecke der Abrechnung Ihre Behandlungsdaten an eine mit der Abrechnung der mir gegenüber erbrachten ärztlichen Leistungen beauftragte Abrechnungsgesellschaft übermitteln. • Alle Daten des Programms „Gesundheit im Netz“ auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden gelöscht werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. <p>Ich stimme zu, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die mit meiner Erkrankung zusammenhängenden medizinischen Daten (zum Beispiel Untersuchungsergebnisse) jeweils bei meinem behandelnden Vertragsarzt / Krankenhaus in meiner Patientenakte zum Zweck der Koordination und Qualitätssicherung meiner Behandlung dokumentiert werden. Die mich behandelnden Vertragsärzte des Gesundheitsnetzes gegenseitig meine Behandlungsdaten für den konkret anstehenden Behandlungsfall im jeweils erforderlichen Umfang aus der Dokumentation abrufen und nutzen können. • Personenbezogene Daten aus diesem Versorgungsprogramm zum Zweck der Forschung, Auswertung und Weiterentwicklung des Vertrages durch die Krankenkasse und ggf. der von ihr beauftragten Stelle erfasst, verarbeitet und / oder genutzt werden. Dabei die Daten anonymisiert werden, so dass in den Auswertungen ein Rückschluss auf meine Person ausgeschlossen ist.

Ort, Datum

Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung „Gesundheit im Netz“ teilnehmen.

1. Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen [Versorgungsprogramms](#) im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden.

2. Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den Vertragsarzt:

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Arztes: