

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

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

### Teilnahmeerklärung am Behandlungspfad Arzneimitteltherapie-Sicherheitscheck (AMTS-Check) im Lübecker Ärztenetz

**Ja, ich nehme an der besonderen Versorgung mit dem Lübecker Ärztenetz teil. Folgendes ist mir bekannt:**

Die Behandlung erfolgt nach den mit dem Lübecker Ärztenetz abgestimmten Behandlungspfaden, die eine optimale und rasche Behandlung garantieren. Meine Behandlung erfolgt unter enger Kommunikation und Abstimmung der teilnehmenden Ärzte. Ziel der Behandlung ist die Vermeidung von möglichen Therapiefehlern (z. B. durch Wechselwirkungen der Medikamente) und die Steuerung der längerfristigen Therapie.

Alle mir verordneten Medikamente sowie von mir ohne Rezept in einer Apotheke gekauften Arzneimittel (z. B. rezeptfreie Schmerz- oder Schlafmittel) gebe ich meinem Hausarzt bekannt.

Meine Teilnahme ist freiwillig. Sie endet nach dem Kontrollcheck durch den Hausarzt.

Bei Umzug, Beendigung der Teilnahme des Vertragsarztes sowie aufgrund eines dauerhaft gestörten Verhältnisses zum Hausarzt kann ich einen anderen Hausarzt wählen, der am Vertrag teilnimmt, oder aus dem Programm aussteigen. Ich kann meine Teilnahme schriftlich gegenüber der VIActiv Krankenkasse ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Ich verpflichte mich, die vom Arzt vorgegebenen Termine einzuhalten.

Mein gewählter Hausarzt und/oder die VIActiv Krankenkasse haben mich ausführlich und umfassend über die Inhalte des Vertrages zur besonderen Versorgung informiert. Ich habe die o. g. Punkte zur Kenntnis genommen. Halte ich diese nicht ein, kann die VIActiv Krankenkasse meine Teilnahme beenden.

#### Widerrufsrecht

**Meine Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der VIActiv Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die VIActiv Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung.**

---

Ort / Datum

---

Unterschrift des Arztes/Stempel

---

Unterschrift des Versicherten

## Einwilligungserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Ja, ich bin mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch meinen Hausarzt und Fachärzte im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden. Folgendes ist mir bekannt:

1. Meine Daten (Name, Geburtsdatum, Adressdaten, eGK-Nummer, Arztdaten, ärztliche Leistung, Leistungserbringungsdatum, Honorar, Diagnosen) werden neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes von meinem betreuenden Hausarzt an die Ärztegenossenschaft Nord eG geschickt. Die Ärztegenossenschaft Nord eG wird die Daten zum Zweck der Abrechnung der ärztlichen Leistungen aufbereiten und an die VIActiv Krankenkasse senden. Während des gesamten Verfahrens werden die Vorschriften des Datenschutzes beachtet.
2. Meine Daten werden, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Ärzten ausgetauscht.
3. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden aus dem Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift des Versicherten

## Einwilligungserklärung zu Übermittlung der Arzneimitteldaten

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die VIActiv Krankenkasse dem Hausarzt die mir verordneten Arzneimittel übermittelt. Mir ist bekannt, dass diese Erlaubnis freiwillig geschieht und ich auch ohne diese an der besonderen Versorgung (AMTS-Check) teilnehmen kann.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift des Versicherten