

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Teilnahmeerklärung der Versicherten

zur Integrierten Versorgung von Patienten mit Diabetes

Ich bin damit einverstanden,

- dass sämtliche Leistungen durch diejenigen Leistungserbringer erbracht werden, die an der Kooperation zur Integrierten Versorgung zwischen dem Kostenträger, der Fachklinik Bad Heilbrunn und den diabetologischen Schwerpunktpraxen teilnehmen. Die Liste der teilnehmenden Ärzte habe ich zur Kenntnis genommen. Grundsätzlich kann die Leistungserbringung nicht in/von anderen Einrichtungen erbracht werden, sofern nicht medizinische Gründe dagegen sprechen.

- Teilnehmende Institutionen :

⇒ Ambulante Leitungen: Diabetologische Schwerpunktpraxen

⇒ Rehabilitation Fachklinik Bad Heilbrunn

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Teilnahme an diesem integrierten Versorgungsangebot freiwillig ist. Ein Austritt hat keinerlei Nachteile auf das Versicherungsverhältnis bei meinem Kostenträger.

Des Weiteren wurde ich über folgendes aufgeklärt:

Mit meiner Einschreibung werden meine Patientenrechte nicht eingeschränkt.

Meine Rechte zur freien Arztwahl und aus dem Behandlungsvertrag nach § 611 BGB bleiben uneingeschränkt bestehen.

Ich gebe mein Einverständnis zur zentralen Dokumentation und Weitergabe meiner Behandlungsdaten innerhalb der beteiligten Leistungserbringer.

Ich gebe mein Einverständnis zur Auswertung der Daten aus dem Behandlungsgeschehen in pseudonymisierter Form im Rahmen einer vorgesehenen wissenschaftlichen Auswertung und Evaluation. Ebenso bin ich einverstanden, dass während meiner Behandlung die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form verarbeitet werden (Pseudonymisiert bedeutet: in einer Form, bei der Identifikationsmerkmale wie Name und Geburtsdatum durch eine Codenummer ersetzt sind, sodass eine Zuordnung zu einer Person nur über eine Referenzliste möglich ist).

Die Beteiligten am integrierten Versorgungskonzept (Klinik und die Schwerpunktpraxis für Diabetes) werden alle notwendigen Behandlungsdaten eintragen.

Ich entbinde die medizinischen Leistungserbringer insoweit von der ärztliche Schweigepflicht entsprechend § 203 StGB. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

.....
Ort / Datum / Unterschrift des Versicherten