

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

Ausgefülltes Formular bitte faxen an:

BKK 06131 3305-71

Vertrag vom 27. Juni 2019 „Gesundheit PLUS“ – eine besondere ambulante ärztliche Versorgung für Versicherte mit Übergewicht und Adipositas

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ziel dieses besonderen Versorgungsvertrages ist das frühe Erkennen der Begleiterkrankungen von Übergewicht und Adipositas, um diese möglichst zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern. Damit soll die Lebensqualität und Gesundheitskompetenz der betroffenen Versicherten gesteigert werden. Es erfolgt eine Therapieplanung und aufgrund eines ausführlichen individuellen Gesprächs gegebenenfalls eine Zielvereinbarung sowie der Verweis auf adäquate Präventionsangebote.

Ich bin über den Zweck meiner Teilnahme und ihre Freiwilligkeit aufgeklärt worden. Mir ist bekannt, dass ich diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

Mir ist bekannt, dass ich für die Dauer der Behandlung an die/den von mir gewählte/n Ärztin/Arzt gebunden bin und meine/n gewählte/n Ärztin/Arzt frühestens nach Ablauf eines Jahres wechseln kann. Ich kann die Teilnahme gegenüber meiner Krankenkasse mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Vertragsteilnahme möglich. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund (zum Beispiel bei Wohnortwechsel, gestörtem Arzt-Patienten-Verhältnis) bleibt hiervon unberührt.

Ich verpflichte mich im Rahmen meiner Möglichkeiten, die ärztlichen Leistungen und Hinweise zu unterstützen und zu befolgen. Bei Verstößen gegen meine Verpflichtungen kann der vorzeitige Ausschluss durch die Krankenkasse erfolgen. Es besteht weiterhin die Möglichkeit, dass die Krankenkasse Mehrkosten, die durch gleichzeitige Inanspruchnahme der vorgenannten Leistungen auch durch andere Ärzte, zum Beispiel in Form von Doppeluntersuchungen, entstehen, in Rechnung stellt.

Hiermit erkläre ich, dass

1. ich an diesem besonderen Versorgungsvertrag teilnehme.
2. ich in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im besonderen Versorgungsprogramm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige. Für diesen Zweck entbinde ich meine behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Der Datenschutz nach der Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch bleibt in jedem Fall gewahrt.

3. ich das "Merkblatt zum Datenschutz für die Versicherten" erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem besonderen Versorgungsprogramm einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten
bzw. gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Name einschreibende(r) Ärztin/Arzt

Vertragsarztstempel