

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

## Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung



- Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes Mellitus in Rheinland-Pfalz oder
- Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Rheinland-Pfalz

Vertrags-Nr.:  
121512DA022 Diabetes Mellitus  
oder  
121512DA006 Hypertonie



Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:  
DAK-Gesundheit, Fachzentrum Ambulante Abrechnungen, Balingen Str. 80,  
72336 Balingen. Fax: Nr. 07433 96729-7004, E-Mail: igy@dak.de

### Teilnahmeerklärung

#### 1. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme

Mein behandelnder Arzt/ meine behandelnde Ärztin hat mich ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert. Eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot wurde mir ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Ich kann meine Teilnahme durch Kündigung gegenüber der DAK-Gesundheit mit einer Frist von 4 Wochen kündigen. Die Kündigung ist frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Vertragsteilnahme möglich. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.

Mir ist bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.

#### 2. Widerrufsrecht

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufserklärung bei mir.

#### 3. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das mir ausgehändigte Datenschutzmerkblatt habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber der DAK-Gesundheit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift Versicherte(r) / gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift Leistungserbringer