

**Einwilligung in die Teilnahme an der psychiatrische und psychotherapeutische
Komplexversorgung nach der KSVPsych-RL¹ und in die Datenverarbeitung
(§6 Absatz 4 Satz 4)**

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

dass ich umfassend über das Versorgungsangebot nach der KSVPsych-RL informiert wurde. Ich willige ein, an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung nach dieser Richtlinie teilzunehmen.

Meine Betreuung erfolgt durch den Netzverbund _____ (Name des Netzverbundes) und dessen Kooperationspartner.

Nach dem Gesamtbehandlungsplan sind folgende Leistungserbringer an meiner Komplexversorgung beteiligt:

Bezugsarzt/-ärztin bzw. Bezugspsychotherapeut/-in ist:

Name: _____

Praxis-Anschrift: _____

Weitere an der Behandlung beteiligte Ärzte, Psychotherapeuten und sonstige Leistungsbringer sind

1. Name und Anschrift: _____

Fachgebiet/Berufsgruppe _____

2. Name und Anschrift: _____

Fachgebiet/Berufsgruppe _____

3. Name und Anschrift: _____

Fachgebiet/Berufsgruppe _____

4. Name und Anschrift: _____

Fachgebiet/Berufsgruppe _____

¹ Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Die Koordinierende Person ist

Name und Anschrift: _____

Falls im Rahmen dieser Betreuung eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, arbeitet der Netzverbund mit folgender Klinik zusammen:

Name und Anschrift: _____

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich wurde darüber informiert, dass die Verwendung meiner Daten nach den gesetzlichen Bestimmungen erfolgt und dass vor der Teilnahme an der psychiatrischen Komplexversorgung meine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung erforderlich ist.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die oben genannten Leistungserbringer meine Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenkasse und Versichertennummer), Behandlungsdaten und Befunde erheben, speichern, verarbeiten und zum Zweck der weiteren Behandlung untereinander übermitteln und nutzen dürfen. Dies gilt, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist.

Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung gegenüber meinem behandelnden Arzt/Psychotherapeuten jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Dies gilt sowohl für die Teilnahme an der psychiatrischen Komplexversorgung als auch für die Datenverarbeitung. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenübermittlungen bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters