

		BKK			
Name, Vorname des Versicherten					
					geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum	

Anlage 5

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Erkennung und Betreuung von Patienten mit einer depressiven Erkrankung zwischen der KV RLP und dem BKK-Landesverband Mitte

VKZ 12051400225

Teilnahmeerklärung der / des Versicherten und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ziel der Teilnahme an dem oben genannten Vertrag ist, eine Optimierung der Versorgung im genannten Krankheitsbild zu erreichen und Versicherte insbesondere durch möglichst frühzeitiges Erkennen der Erkrankung der jeweils geeigneten Versorgungsebene zugeführt werden. Hierdurch soll eine Chronifizierung der Erkrankung vermieden werden, die Lebensqualität und Gesundheitskompetenz der betroffenen Versicherten gesteigert werden.

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 schriftlich, elektronisch 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 - frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Vertragsteilnahme - kündigen. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund (z. B. 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, z. B. in Form von Doppeluntersuchungen, entstehen, in Rechnung stellt.

Hiermit erkläre ich, dass

1. ich / meine Tochter / mein Sohn an dem Vertrag zur Erkennung und Betreuung von Patienten mit einer depressiven Erkrankung teilnehme / teilnimmt.
2. ich willige (als gesetzliche(r) Vertreter/in) in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner / der erhobenen medizinischen und persönlichen Daten (meiner Tochter/ meines Sohnes) ein und habe die „Versicherteninformation zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Für diesen Zweck entbinde ich meine behandelnden Ärzte/ die behandelnden Ärzte meiner Tochter/meines Sohnes 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 / den Behandlungsdaten meiner Tochter/ meines Sohnes im Rahmen meiner Teilnahme an dem besonderen Versorgungsprogramm einverstanden.

Ich kann diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner BKK widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an meine BKK.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen
Vertreters

Name einschreibende(r) Ärztin/Arzt

Vertragsarztstempel