

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



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Versicherter)



(zum Verbleib in der Arztpraxis)

Vertragskennzeichen
121932AE002

A. Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung zur Verbesserung und Förderung der vernetzten medizinischen Versorgung in Thüringen nach § 140a SGB V zwischen der KVT und der BARMER

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung für die Dauer von 12 Monaten gebunden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt. Nach Ablauf der Bindung kann ich meine weitere Teilnahme jeweils zum Quartalsende mit einer Frist von 1 Monat oder aus einem wichtigen Grund sofort beenden. Die Kündigung kann ich in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER erklären.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die teilnehmenden Ärzte zur Durchführung der Leistungen dieser Besonderen Versorgung gebunden. Andere Ärzte kann ich für diese Versorgung nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige.

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Die Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung zur Verbesserung und Förderung der vernetzten medizinischen Versorgung in Thüringen habe ich erhalten. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder elektronisch gegenüber der BARMER widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift/Stempel Arzt