

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



Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung (Original verbleibt in der Praxis)

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

1. Versorgungsangebot (Bitte ankreuzen – Mehrfachauswahl möglich)

Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus (Anlage 7)

oder

Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie (Anlage 8)

2. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist erstmalig nach Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme kündigen kann. Nach Ablauf des Jahres ist eine Kündigung jeweils zum Quartalsende möglich. Ich muss spätestens einen Monat vor Quartalsende kündigen.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere bei einem Wohnortwechsel oder einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis vor.
- meine Teilnahme automatisch bei einer Praxisschließung oder auch bei Beendigung der Vertragsteilnahme des behandelnden Arztes endet.

3. 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 Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die Krankenkasse mich über mein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch 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 Widerrufsbelehrung bei mir.

4. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme.
- ich mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes nicht vorliegt.
- ich mich über die teilnehmenden Ärzte auf der Internetseite der KVT oder der Krankenkasse informieren kann.

5. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und 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 meiner Krankenkasse 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.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

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

Unterschrift/Stempel Arzt