

Anlage 13a: Teilnahmeerklärung des Versicherten / Einverständnis zur Datenverarbeitung



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vertragskennzeichen: 212046400055		

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung
zur besonderen Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen (KOMPASS)

Rücksendung an:
Vermittlungsstelle IVP Networks GmbH
Conventstrasse 8-10, 22089 Hamburg

<p>Ja, ich möchte an dem besonderen Versorgungsprogramm „KOMPASS“ teilnehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich möchte die Leistungen des o.g. Versicherungsvertrages zwischen IVPNetworks GmbH und der VAG Hessen nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an meine Betriebskrankenkasse übermittelt. <p>Ich wurde informiert</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot (6 Monate) sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert. <p>Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Leistungserbringern gemeinsam dokumentiert werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht. 	<p>Einwilligung in die Arztbindung</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten. Die BKK behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden. Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt. <p>So können Sie teilnehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Betriebskrankenkasse. Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Bindungsfrist jederzeit gegenüber der BKK innerhalb von zwei Wochen gekündigt werden. Aus wichtigem Grund (z. B. bei Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis) kann die Teilnahme jederzeit beendet werden. <p>Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke und in die Weiterleitung von Berichten an meine Krankenkasse</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Merkblatt mit der Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung habe ich erhalten und bin mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten sowie der Weiterleitung von Berichten an meine Betriebskrankenkasse erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Erklärung.
--	--

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrer Betriebskrankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Ihre BKK.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Nur von der Vermittlungsstelle (IVPNetworks) auszufüllen
Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe. Ich bestätige meine Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X einzuhalten.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel und Unterschrift IVPNetworks