

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



Teilnahmeerklärung

Vertrag zur Integrierten Verbundversorgung nach §§ 140a ff SGB V zur Hüft-/Knie-Endoprothetik - Region Berlin

Hiermit erkläre ich, dass

- mich der behandelnde Arzt im Krankenhaus umfassend über die Inhalte der Integrierten Versorgung im Zusammenhang mit meiner endoprothetischen Behandlung im Krankenhaus sowie über die Aufgabenteilung zwischen dem Krankenhaus und der Reha-Einrichtung informiert hat
- der behandelnde Arzt im Krankenhaus umfassend erläutert hat, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich in erforderlichem Umfang aktiv an der Behandlung und Nachsorge zu beteiligen
- meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung freiwillig erfolgt

Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die integrierte Versorgung kommt lediglich zwischen mir und dem jeweils behandelnden Krankenhaus bzw. der Reha-Klinik zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen mir und anderen am IV-Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern bestehen nicht.

Des Weiteren bin ich darüber belehrt worden, dass ich diese Teilnahmeerklärung binnen zwei Wochen nach Unterschrift durch Abgabe einer Erklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

Datum

Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigten

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die von dem Krankenhaus bzw. der Reha-Einrichtung erhobenen Befunde, Arztberichte und sonstigen Behandlungsdaten unter Einhaltung des Datenschutzes an das Krankenhaus bzw. die Reha-Einrichtung oder andere Dritte (z.B. den MDK) zur Prüfung der Behandlung übermittelt werden.

Soweit Daten für die Beantragung, Abrechnung oder Qualitätssicherung von Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung erforderlich sind, erkläre ich mich mit einer Übermittlung dieser Daten an meine Krankenkasse, an die von meiner Krankenkasse beauftragte Managementgesellschaft CONVEMA GmbH sowie ggf. an den jeweiligen Arztverbund einverstanden. Mir ist bekannt, dass nur Informationen über mich weitergegeben werden, die nach § 140b SGB V vorgesehen sind und den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes entsprechen.

Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich gelesen.

Datum

Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigten

Praxisangaben