

Angabe der Krankenkasse:



Länger besser leben.

Anlage 7

Vertragskennzeichen:

Teilnahmeerklärung Versicherter

Patientenaufkleber / Name, Vorname, Geburtsdatum

Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zur integrierten Versorgung bei der Behandlung von Prostata-Krebs

Hiermit erkläre ich mit meiner Unterschrift

- meine Teilnahme an der integrierten Versorgung „Behandlung von Prostata-Krebs“.
- dass ich über die Inhalte des Versorgungsmodells insbesondere über meine Rechte und Pflichten ausführlich informiert wurde und dass ich ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen im Rahmen der Aufklärung zur Teilnahme an der integrierten Versorgung zu klären.
- dass ich die Information zur Teilnahme an der integrierten Versorgung (siehe Anlage) gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

Mit ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der integrierten Versorgung freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt. Die Teilnahme kann nach Ablauf der Widerrufsfrist (vgl. Widerrufsbelehrung unten) jederzeit mit Wirkung für die Zukunft beendet werden (ordentliche Kündigung). Dabei ist das Datum der Kündigung maßgebend. Dies ist schriftlich bzw. zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse zu erklären.
- die Teilnahme an der integrierten Versorgung nur bei einem der teilnehmenden Leistungserbringer möglich ist.
- die Teilnahme an der integrierten Versorgung endet
 - sobald der Behandlungskomplex abgeschlossen ist.
 - mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse.
 - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.
 - mit dem Widerruf der Teilnahme innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei meiner Krankenkasse.
 - im Falle der Beendigung der Teilnahme über die zweiwöchige Widerrufsfrist hinaus mit Wirkung für die Zukunft (Datum der Kündigungserklärung zu der integrierten Versorgung ist maßgebend).

Widerrufsbelehrung:

Ich kann diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse gesondert ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Mit dem Widerruf endet die Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters
für die Erklärung der Teilnahme