		BKK				
Name, Vorname des Versicherten					geb. am	
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		

CONVEMA

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

CONVEMA GmbH
Servicestelle Vertragspartner
Karl-Marx-Allee 90A
10243 Berlin
Fax-Nr.: 030 – 259 38 61-499

10001483

Teilnahmeerklärung

Integrierte Versorgung zur Behandlung von degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der von der Park-Klinik Weißensee, dem MVZ Berlin-Hellersdorf/Helle-Mitte und dem Rückenzentrum am Markgrafenpark angebotenen Integrierten Versorgung für degenerative Wirbelsäulenerkrankungen in Berlin.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ausführlich über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages, die Freiwilligkeit meiner Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung aufgeklärt wurde.
Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die Integrierte Versorgung kommt lediglich zwischen mir und dem jeweils behandelnden Arzt bzw. Krankenhaus 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 meine Person betreffenden, im Rahmen der Integrierten Versorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde von den teilnehmenden Leistungserbringern abgerufen, verarbeitet und für die konkret anstehende Behandlung genutzt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Regelungen, insbesondere die Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses gelten.
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 § 140a SGBV i.V.m. § 295 SGB V vorgesehen sind und den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes entsprechen.
Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich gelesen.

Datum *Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten*

Bei stationärer Aufnahme Teilnahmeerklärung zusätzlich ans Diagnostikzentrum der Parkklinik Weißensee bzw. an die Klinik Helle Mitte faxen.

Hauptdiagnose	☐☐☐.☐☐ *ICD 10, akt. Version*	☐ Verdachtsdiagnose ☐ Zustand nach ☐ gesicherte Diagnose ☐ ausgeschlossene Diagn.	**OPS**	☐-☐☐☐.☐☐ *OPS 301, akt. Version*	☐ links ☐ rechts ☐ bds.
Nebendiagnose	☐☐☐.☐☐ *ICD 10, akt. Version*	☐ Verdachtsdiagnose ☐ Zustand nach ☐ gesicherte Diagnose ☐ ausgeschlossene Diagn.	**OPS**	☐-☐☐☐.☐☐ *OPS 301, akt. Version*	☐ links ☐ rechts ☐ bds.

geplanter OP-Termin ☐☐.☐☐.20☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Institutionskennzeichen des Arztes

Praxisangaben

TE - Stand: März 2020 - Änderungen vorbehalten.