

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



## Teilnahmeerklärung Integrierte Verbundversorgung Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V

<b>Einschreibung</b>	<input type="checkbox"/> HNO	<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> GYN	<input type="checkbox"/> AUGEN	<input checked="" type="checkbox"/> <b>ODER</b>	<input type="checkbox"/> Therapie Hyposensibilisierung
----------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der von den teilnehmenden Krankenkassen, Kliniken und den Ärzten der Verbände in Berlin und Brandenburg angebotenen Integrierten Verbundversorgung. 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 2 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
-------	-----------------------------------------------

<b>Einwilligungserklärung</b>
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 § 140b SGB V vorgesehen sind und den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes entsprechen. Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich gelesen.

Datum	Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigten
-------	-----------------------------------------------

<b>Hauptdiagnose</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ICD 10, akt. Version	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagn.	<b>OPS</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OPS 301, akt. Version	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> bds.
<b>Nebendiagnose</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ICD 10, akt. Version	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagn.	<b>OPS</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OPS 301, akt. Version	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> bds.

<input type="checkbox"/> <b>Ambulant → Operateur</b> ich selbst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>OP-Ort</b> <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Ambulantes OPZ am KH Hedwigshöhe <input type="checkbox"/> Havelklinik <input type="checkbox"/> MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (MZL) <input type="checkbox"/> Sana Schlossgarten Neuruppin <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bethel ( <b>nur HNO</b> ) <input type="checkbox"/> Westklinik Dahlem ( <b>nur Chir./Orth.</b> ) <input type="checkbox"/> SPREEDOCS <input type="checkbox"/> Klinik am Schlosspark Biesdorf <input type="checkbox"/> weiteres OPZ	<input type="checkbox"/> <b>Ambulant Plus → OPZ</b> ich selbst <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <b>OP-Ort</b> <input type="checkbox"/> Ambulantes OPZ am KH Hedwigshöhe <input type="checkbox"/> Havelklinik <input type="checkbox"/> Klinik Schöneberg <input type="checkbox"/> MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (MZL) <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bethel ( <b>nur HNO</b> ) <input type="checkbox"/> Westklinik Dahlem ( <b>nur Chir./Orth.</b> ) <input type="checkbox"/> DRK Kliniken Berlin/Westend ( <b>nur HNO</b> ) <input type="checkbox"/> SPREEDOCS <input type="checkbox"/> Klinik am Schlosspark Biesdorf	<input type="checkbox"/> <b>vollstationär → Krankenhaus</b> ich selbst <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <b>OP-Ort</b> <input type="checkbox"/> Klinikum Dahme Spreewald <input type="checkbox"/> Parkklinik Weißensee <input type="checkbox"/> Sana Klinikum Lichtenberg <input type="checkbox"/> Sankt-Gertrauden-KH <input type="checkbox"/> Schlosspark-Klinik <input type="checkbox"/> Städt. Klinikum Brandenburg <input type="checkbox"/> Unfallkrankenhaus Berlin
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Hausarztzuweisung bei Operationen Bitte Überweisungsschein vom teilnehmenden Hausarzt an die Servicestelle Integrierte Versorgung faxen!
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Institutionenkennzeichen des Arztes	Praxisangaben
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------