

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

## Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung



sektor-HF Hessen

Vertrags-Nr.:  
**121462DA021**



**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**  
DAK-Gesundheit, Fachzentrum Ambulante Abrechnungen, Balingen Str. 80,  
72336 Balingen. Fax. Nr. 07433 96729-7004, E-Mail: igv@dak.de

### Teilnahmeerklärung

#### 1. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme

Mein behandelnder Arzt hat mich ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert. **Eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot wurde mir ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.** Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden. Ich kann meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.

Mir ist bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.

#### 2. Widerrufsrecht

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.

#### 3. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das mir ausgehändigte Datenschutzmerkblatt habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt oder der DAK-Gesundheit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann jedoch nicht mehr möglich.

#### 4. Einverständniserklärung zur Erhebung und Nutzung von Daten zur Evaluation

Ich bin damit einverstanden, dass zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung, für Bewertungen und zur Weiterentwicklung dieses Versorgungsangebotes patientenbezogene Daten erfasst, anonymisiert verarbeitet und wissenschaftlich ausgewertet werden. Die Teilnehmerinformation zu einer Studie zur Behandlung von Herzinsuffizienz habe ich gelesen und erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Die Einverständniserklärung für die Evaluation ist nicht Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung. Die Ablehnung berührt die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht.

Datum

Unterschrift Versicherte(r) / gesetzlicher Vertreter

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Versicherte(r) / gesetzlicher Vertreter

Datum

Unterschrift Leistungserbringer