

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Bearbeitungshinweise für die Praxen:

1. Original in Patientenakte ablegen
2. Kopie und Merkblatt dem Patienten aushändigen
3. Kopie an die zuständige Krankenkasse weiterleiten

Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140a SGB V über die „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ zwischen der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD), dem Berufsverband Heileurythmie e.V. (BVHE), dem Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. (BVAKT), dem Berufsverband Rhythmische Massage e.V. (BVRM) und dem Rahmenvertrag beigetretenen Krankenkassen.

I. Teilnahmeerklärung

- Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot (6 Monate) sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert.
- Mit der Behandlung durch die beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer bin ich einverstanden.
- Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden.
- Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen.
- Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

II. Beginn und Ende der Teilnahme

- Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem ich die Teilnahmeerklärung unterschreibe.
- Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Bindungsfrist (6 Monate) jederzeit gegenüber der Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen schriftlich gekündigt werden.
- Das Ende der Versicherung bei meiner Krankenkasse hat eine unmittelbare Beendigung an der Teilnahme der „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ zur Folge.

III. Einwilligung in die Arztbindung

- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.
- Die Krankenkasse behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

IV. Datenschutzerklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ umfassend informiert worden. Ich habe das „Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich möchte an dem Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140a SGB V über die „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ teilnehmen.

Ja, ich wurde über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme umfassend aufgeklärt.

Name, Vorname des Betreuers / Bevollmächtigten /Sorgeberechtigten Elternteils. Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt:

--	--

Ich möchte die Leistungen des o.g. Versorgungsvertrages zwischen den vorgenannten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten / Sorgeberechtigten / Betreuers / Bevollmächtigten

Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass ich für den / die Versicherte/n, die sich aus dem Vertrag nach § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den / die Versicherte/n über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift und Stempel des Arztes

Merkblatt zur Teilnahmeerklärung und zum Datenschutz

Allgemeines

Meine Krankenkasse hat einen Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140a SGB V über die „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ mit der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD), dem Berufsverband Heileurythmie e.V. (BVHE), dem Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. (BVAKT), dem Berufsverband Rhythmische Massage e.V. (BVRM) geschlossen.

Die Anthroposophische Medizin ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtung, deren Grundelement die persönliche Arzt-Patienten-Begegnung ist, aus der das Vertrauen entstehen kann, um die verschiedenen Ebenen der menschlichen Existenz umfassend in einer individuellen Diagnose erfassen und in die Therapie einbeziehen zu können. Die Anwendung anthroposophischer Therapieverfahren (Heilmittel) ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell noch vorhandenen Selbstordnungs- bzw. Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

Teilnahmeerklärung

Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die Integrierte Versorgung kommt lediglich zwischen mir und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten sowie den teilnehmenden nichtärztlichen Leistungserbringern zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen mir und anderen an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, bestehen nicht.

Kann ich meine Teilnahmeerklärung zurücknehmen?

Durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Ärzten in Anspruch zu nehmen, die an der Integrierten Versorgung „Anthroposophische Medizin“ teilnehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. **Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist für mich freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift von mir widerrufen werden. Eine Begründung des Widerrufs ist nicht erforderlich. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse genügt zur Fristwahrung.** Durch meinen Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus der Integrierten Versorgung kann ich dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Welche Daten werden für die Zwecke der Integrierten Versorgung erfasst?

Im Rahmen der Integrierten Versorgung werden grundsätzlich folgende Daten von mir erfasst:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Verwaltungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie
- zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Leistungs- und Prozedurenschlüssel.

Wer erhält diese Daten?

Diese Daten stehen den an dem Vertrag beteiligten Leistungserbringern und meiner Krankenkasse zur Verfügung.

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für meine Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) zur Wahrung des Sozialgeheimnisses.

Damit der an diesem Vertrag teilnehmende ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer eine Vergütung für seine Leistung erhält, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt der jeweilige Leistungserbringer gemäß § 295a SGB V seine Daten an das mit der Vertragsabwicklung beauftragte Dienstleistungsunternehmen „PVS pria GmbH“. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft.

Diese Daten werden anschließend auf verschlüsseltem elektronischem Weg über die jeweilige Kopfstelle an die zuständige Krankenkasse bzw. einen von ihr beauftragten Abrechnungsdienstleister weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt meine Krankenkasse die Vergütung an das Dienstleistungsunternehmen „PVS pria GmbH“ aus.

Die an der Integrierten Versorgung beteiligten Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, eine gemeinsame Dokumentation mit den Patientendaten aller Teilnehmer an der Integrierten Versorgung zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz darf mein behandelnder Arzt mich betreffende medizinische Informationen aus dieser gemeinsamen Dokumentation nur mit meiner Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Behandlungsfall notwendig sind.

Die Teilnahmeerklärung sowie die gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung meiner Teilnahme oder bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag.

Kann ich meine Einwilligung zur Nutzung und Speicherung meiner Daten widerrufen?

Ich kann meine Einwilligung in die Nutzung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten **jederzeit** und ohne eine Angabe von Gründen widerrufen. Den Widerruf erkläre ich schriftlich oder per E-Mail gegenüber meiner Krankenkasse. Auf gleichem Wege kann ich eine Berichtigung der Daten veranlassen.

Durch Widerruf meiner Einverständniserklärung scheidet ich aus dem Programm aus. Kontaktadresse für die Rücknahme der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sind die üblichen Kontaktdaten meiner Krankenkasse.