



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

Anlage 8.1

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag der besonderen Versorgung:

Anthroposophische Medizin

Vertragskennzeichen: 120A1400750

A. Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung gemäß §140a SGBV

Der Therapeut/Arzt hat mich über den Inhalt und den Zweck des oben genannten Versorgungsangebotes, die Teilnahmebedingungen, den Behandlungsablauf sowie über die Beteiligung weiterer Leistungserbringer aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Versicherteninformation“ erhalten. Alle Informationen zum Versorgungsangebot sind mir verständlich und ich bin mit den Inhalten einverstanden. Mir ist daher insbesondere Folgendes bekannt:

- ✓ Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- ✓ Die Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn das Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet,
- ✓ der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird oder das Behandlungsende erreicht wird.

Für die Dauer der Teilnahme, längstens bis zur Abschlussuntersuchung, bin ich zur Durchführung der Leistungen dieser besonderen Versorgung an die beteiligten Leistungserbringer gebunden.

Mir ist bekannt, dass für die Teilnahme an der besonderen Versorgung eine zusätzliche Einwilligung zur Datenverarbeitung Voraussetzung ist. Diese Einwilligungserklärung erfolgt gesondert.

Widerrufsoptionen: Die Erklärung zur Teilnahme kann ich innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Kontaktadresse ist auf der Homepage meiner Krankenkasse zu finden. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über das Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Die Einzelheiten der Erhebung und Verwendung der Daten wurden mir anhand der Versicherteninformation erläutert. Ich gebe meine Einwilligung in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung der für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ab.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle meiner Krankenkasse widerrufen kann. Eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Die Kontaktadressen meiner Krankenkasse für Beschwerden im Zuge der Datenverarbeitung sind auf der Homepage meiner Krankenkasse zu finden. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt.

Hiermit erkläre ich die Teilnahme (siehe A) und gebe die Einwilligung in die Datenverarbeitung (siehe B) im Rahmen dieses Versorgungsangebotes. Die Versicherteninformation zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Versorgungskonzept und eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich erhalten:

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab 15 Jahren) oder des gesetzlichen Vertreters

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes sowie Stempel der medizinischen Einrichtung

Einschreibende Medizinische Einrichtung in Druckbuchstaben