



INTEGRIERTE VERSORGUNG

Anlage 7/ Teilnahmeerklärung - Patient

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
KVNR	

Ich wurde im Rahmen des Eingangsgesprächs über die Leistungen zur Integrierten Versorgung informiert und erkläre hiermit, am Programm entsprechend den Empfehlungen der Einrichtung regelmäßig teilzunehmen.

Sollte mir aus schwerwiegenden persönlichen oder gesundheitlichen Gründen die Teilnahme nicht möglich sein, so teile ich dies der Einrichtung spätestens am Vortag der Behandlung mit.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden,

- dass die für Behandlungen notwendigen Daten von der Einrichtung dem zuweisenden Behandler, der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung unter Beachtung des Datenschutzes, weitergegeben werden dürfen,
- dass von der Einrichtung ein Abschlussbericht an die Krankenkasse geschickt werden kann, der Angaben über meine Leistungsfähigkeit und Empfehlungen über weitere notwendige Maßnahmen enthält,

dass Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung unter Beachtung des Datenschutzes verarbeitet werden dürfen.

Im Rahmen der Bonusregelung in diesem Vertrag zur Integrierten Versorgung erstattet die BARMER die bezahlte Praxisgebühr für die Dauer der Teilnahme an der Integrierten Versorgung (10 Euro pro Quartal).

Ort/Datum:

Unterschrift: