



Angabe der Krankenkasse:

INTEGRIERTE VERSORGUNG

KKH-Vertragsnummer 569

Patientenaufkleber / Name, Vorname, Geburtsdatum

"Kopfsache - Soforthilfe bei psychischen Störungen"

Anlage 4/ Teilnahme- und Einverständniserklärung

Zustimmung zur Datennutzung und Befragung über meine Lebensqualität

Mein behandelnder Arzt hat mir empfohlen, an der Integrierten Versorgung der Klinik Carolabad teilzunehmen. Ich wurde im Rahmen des Eingangsgespräches in der Klinik Carolabad über die Leistungen zur Integrierten Versorgung informiert und erkläre hiermit, an diesem Behandlungsprogramm entsprechend den Empfehlungen der Einrichtung teilzunehmen.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden:

- 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.
- dass die teilnehmenden Leistungserbringer die Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses an die Vertragspartner und meine Krankenkasse weitergegeben werden dürfen.
- dass von der Einrichtung ein Kurzentlassungsbericht an die Krankenkasse geschickt werden kann, der Angaben über meine Leistungsfähigkeit und Empfehlungen über weitere notwendige Maßnahmen enthält,
- dass die meine Person betreffenden Behandlungsdaten und Befunde, die im Rahmen der Integrierten Versorgung dokumentiert werden, zum Zwecke der Qualitätssicherung unter Beachtung des Datenschutzes verarbeitet und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) übermittelt werden dürfen.
- dass mich meine Krankenkasse im Verlauf und nach der Behandlung zu meiner Lebensqualität und zur durchgeführten Behandlung befragen darf und diese Daten in anonymen Form ausgewertet werden dürfen.

Mir ist bekannt:

- dass die Teilnahme an dem Behandlungsprogramm freiwillig ist und ich die Zustimmung zur Datennutzung durch die o.g. teilnehmenden Leistungserbringer und durch meine Krankenkasse ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann.

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

Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift Klinik Carolabad