

Besondere Versorgung (BesV)

Vertrag über diefrühzeitige Diagnostik und
Behandlung von Begleiterkrankungen
der Hypertonie



Vertragskennzeichen: 121832KK003

Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die frühzeitige Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

Als Folge der Hypertonie können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen. Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen. Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der

Gefäßschädigungen (Angiopathie):

Wie gut die Gefäße noch arbeiten, checkt Ihr Arzt durch spezifische Blutdruckmessungen.

Nierenschäden (Nephropathie):

Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Teststreifen nach ersten Hinweisen sucht.

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass Sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

Welche Ärzte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der **KVBB** www.kvbb.de oder der **KKH** unter www.kkh.de/leistungen/herz-kreislauf/hypertonie nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem KKH-Servicezentrum anfordern.

Wenn Sie sich bei einem anderen Vertragsarzt in den Vertrag eingeschrieben haben oder zukünftig einschreiben, informieren Sie bitte Ihren behandelnden Vertragsarzt hierüber. In diesem Fall wird die KKH Sie auffordern, sich für einen behandelnden Vertragsarzt zu entscheiden. Wenn Sie sich in den Diabetesbegleiterkrankungsvertrag einschreiben, endet Ihre Teilnahme an der hier vorliegenden Versorgung. Informieren Sie bitte ggf. Ihren behandelnden Vertragsarzt hierüber.

Widerruf

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Das reguläre Behandlungsende sowie die Fristen zur Beendigung Ihrer Teilnahme sind wie folgt geregelt:

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die KKH Sie über Ihr 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 Ihnen.

Sie können Ihre Teilnahme außerdem jederzeit außerordentlich kündigen, sofern z.B. einer der folgenden wichtigen Gründe vorliegt:

- Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden,
- Ihr Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt ist gestört,
- Sie können Ihren Arzt aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Bitte senden Sie Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch in Textform über eine der unten genannten Möglichkeiten an Ihre KKH oder wenden sich zur Niederschrift an Ihre KKH Servicestelle.

(Postalisch an KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover, per Fax an die 0511 80 684 684 oder per E-Mail an BesV@kkh.de)

Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an den Arzt gebunden. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Ärzten, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, können Sie mit Mehrkosten belastet werden, die ggf. hierdurch entstehen.

Die Bindung an den Arzt gilt nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen oder durch Ihren behandelnden Arzt an einen anderen Arzt überwiesen werden. Für Ihre sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, können Sie Ärzte frei wählen.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Ihre Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern Sie Ihre Teilnahme nicht mit einer Frist von vier Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift kündigen.

Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxisschließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die KKH behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der KKH überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Den Umgang mit Ihren Daten nehmen wir sehr ernst, daher haben wir alle Informationen zum Thema Datenschutz im Datenschutzmerkblatt für Sie näher erläutert.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.