

**Besondere Versorgung
Teilnahmeerklärung Versicherte**

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



Vertrags-Nr.: 121832DA006



Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an:
DAK-Gesundheit
Postzentrum
22778 Hamburg

Teilnahmeerklärung

1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung – den **Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrag** – informiert hat.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden bin. Meine Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen kündige.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes außerordentlich kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.

2. Widerrufsrecht zur Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der DAK-G ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-G.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-G mich über mein 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 mir.

3. Mir ist bekannt, dass

- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich für die besonders vereinbarten Leistungen des Versorgungsprogrammes nur Ärzte in Anspruch nehme, die am Versorgungsvertrag teilnehmen und andere Ärzte nur auf deren Überweisung.
- die Teilnahme am Versorgungsangebot mit sofortiger Wirkung von der DAK-G beendet werden kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte.
- eine gleichzeitige Teilnahme am Diabetesbegleiterkrankungs-Vertrag zwischen DAK-G und KVBB nicht möglich ist. Außerdem endet meine Teilnahme am vorliegenden Vertrag, wenn sich während meiner Teilnahme ein Diabetes mellitus neu manifestiert. Ich habe stattdessen die Möglichkeit am Diabetesbegleiterkrankungs-Vertrag teilzunehmen.
- ich meinen behandelnden Vertragsarzt darüber in Kenntnis setze, wenn ich mich bei einem anderen Vertragsarzt in den Diabetesbegleiterkrankungs-Vertrag oder in den Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrag einschreibe oder eingeschrieben habe.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z.B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes.
- ich mich über die teilnehmenden Ärzte auf der Homepage der KVBB (www.kvbb.de) oder der DAK-G (www.dak.de/121832DA006) informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem DAK-Servicezentrum anfordern kann.

4. Einwilligungserklärung und Widerrufsrecht zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt. Ich habe es gelesen und verstanden. Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann nicht mehr möglich.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreter

Vom einschreibenden Arzt auszufüllen

Arztnummer (LANR)

Datum

Unterschrift, Stempel