

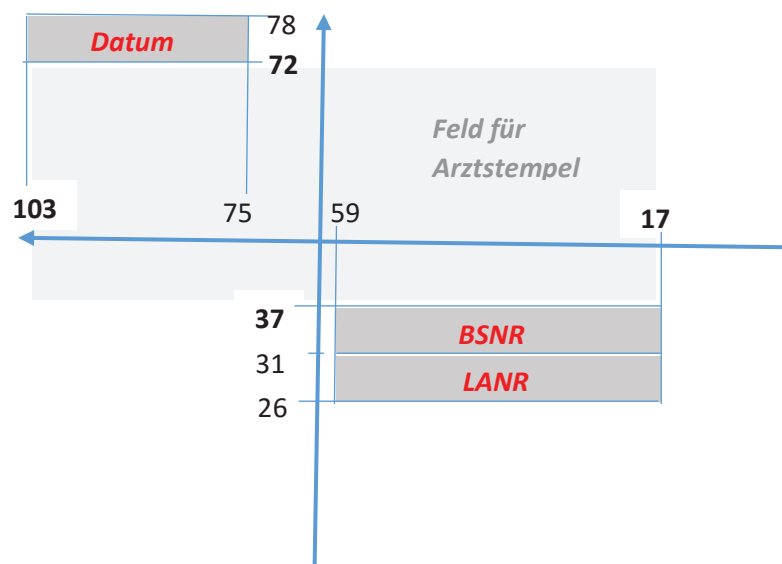
Formularkopf/Patientendaten

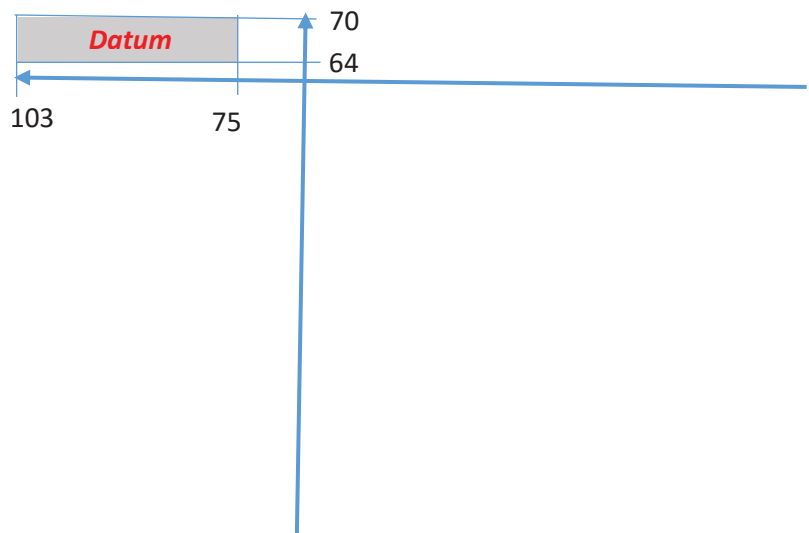
58

100

Hinweise zur „Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten“

- Mit Hilfe der Software erfolgt nur der Aufdruck einzelner Daten auf das korrekte Formular. Dieses wird von der Praxis in den Drucker eingelegt.
- Auf dieser Vorlage markiert, sind die vorzusehenden Druckfelder (graue Flächen), die Felder sind auf dieser Vorlage nicht korrekt positioniert, aber korrekt in mm bemaßt.
- In diese Felder sind die jeweils benannten Angaben zu drucken.
- Der Raum für den Arztstempel ergibt sich aus den fett gedruckten Angaben.
- Zu beachten ist, dass das Formular zweiseitig ist. Es muss sichergestellt sein, dass ggf. sowohl eine zweiseitige wie auch eine beidseitige Vorlage von der Praxis verwendet werden kann.
- Ein Muster der Teilnahmeerklärung finden Sie zur Orientierung (nicht zur Verwendung) auf den letzten Seiten dieses Dokuments.





Patientendaten (Formularkopf links oben drucken oder Aufkleber anbringen)

Hinweise an den Leistungserbringer

- Dieses Formular mit der Kennung **A** bitte nur für die hierfür gemäß Fax-Nummernliste vorgesehenen Krankenkassen verwenden.
- Bitte beachten Sie alle weiteren Informationen zur Einschreibung und insbesondere die Faxnummern unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de
- Die „Einwilligungserklärung Datenschutz“ bitte ebenfalls unterschreiben lassen und das Formular in der Patientenakte verwahren.

Gültig ab 01.07.2016

Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten für die Versorgung mit Klassischer Homöopathie gemäß § 73 c oder § 140 a ff. SGB V

Ja, ich möchte die Vorteile des Vertrags zwischen der Managementgesellschaft des DZVhÄ und meiner Krankenkasse zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie nutzen und wünsche meine Behandlung auf Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

Ich habe mich ausführlich von meiner Krankenkasse über die Inhalte und die an diesem Vertrag beteiligten Leistungserbringer informieren lassen. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden.

Mein Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass eine Behandlung nur durch für diesen Vertrag zugelassene Leistungserbringer erfolgt. Mein Recht auf freie Arzt- und ggf. Apothekenwahl wird durch diesen Vertrag nicht eingeschränkt/gemäß § 73c Abs. 2 SGB V insoweit eingeschränkt, als ich verpflichtet bin, für im Vertrag vorgesehene Leistungen nur am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Falls für meinen Vertrag die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Versorgungsangebot auf bestimmte Versorgungsregionen beschränkt ist oder im Einzelfall weitere Einschränkungen (etwa eine Bindung an meinen Hauptbehandler oder keine gleichzeitige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung) bestehen, werde ich hierüber durch meine Krankenkasse aufgeklärt.

Falls meine Krankenkasse sich nicht die Ausstellung einer personalisierten Teilnahmebestätigung vorbehalten hat, führt die Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung im Regelfall dazu, dass ich bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen an der Versorgung mit Klassischer Homöopathie nach dem Vertrag teilnehme und entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen darf. In allen anderen Fällen muss ich den Erhalt der schriftlichen Teilnahmebestätigung von meiner Krankenkasse abwarten. Ggf. erhält in diesen Fällen auch mein gewählter Behandler eine schriftliche Information von meiner Krankenkasse, ob die Einschreibung erfolgreich vorgenommen werden konnte.

Diese Einschreibung gilt nur für die Behandlung durch den Arzt/die Ärztin, der/die dieses Formular mit seinem/ihrer Stempel bestätigt hat (Hauptbehandler). Beendet der Arzt/die Ärztin seine/ihre Tätigkeit in dieser Praxis, muss ich mich erneut einschreiben. Ich habe

mich/mich nicht **[Unzutreffendes bitte streichen]**

bereits bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin für einen Selektivvertrag der Managementgesellschaft des DZVhÄ eingeschrieben. Ggf. Name/Anschrift des/der anderen Arztes/Ärztin:

Mir ist bekannt, dass die Homöopathie eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtung ist, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen und dass die Anwendung einer homöopathischen Therapie grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert ist, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potentiell noch vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

Mir ist bekannt, dass eine homöopathische Behandlungssitzung viel Zeit in Anspruch nimmt und daher in der Regel nur auf Terminvereinbarung stattfindet. Ich erkläre mich bereit, im Falle einer durch mich zu vertretenden Verhinderung einen Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls bin ich verpflichtet, die dem Arzt/der Ärztin entgangene Vergütung zu ersetzen.

Meine Teilnahme endet automatisch mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses zu meiner Krankenkasse. Außerdem kann meine Krankenkasse meine Teilnahme beenden, wenn ich meine sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht einhalte.

Mit der Teilnahme an diesem Vertrag ist eine anderweitige Inanspruchnahme homöopathischer Leistungen zu Lasten meiner Krankenkasse ausgeschlossen. Bei einem Verstoß gegen diese Regelungen hat meine Krankenkasse mir gegenüber einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die anderweitige Inanspruchnahme.

Ihr Recht auf Widerruf: Die Teilnahmeerklärung kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe widerrufen werden. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist schriftlich oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Im Falle einer Versorgung nach § 73c SGB V kann meine Krankenkasse vereinbart haben, dass ich bei Nichtausübung des Widerrufs nach Ablauf der Frist mindestens ein Jahr an diese Teilnahmeerklärung gebunden bin.

Datum

Unterschrift Patient(in)

Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis
(bitte in Blockschrift oder gut lesbarer Stempel)

Betriebsstätten-Nr.

LANR

Einwilligungserklärung

I. Information zur Datenverarbeitung

Ihre Daten werden im Rahmen der Verträge zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie wie folgt verarbeitet:

1. Vertragsdaten

Ihr behandelnder Arzt nimmt Ihre auf Seite 1 dieser Teilnahmeerklärung eingetragenen Vertragsdaten auf. Er leitet Ihre Teilnahmeerklärung an Ihre Krankenkasse weiter, sofern Ihre Krankenkasse nicht vorgesehen hat, dass Sie selbst die unterschriebene Teilnahmeerklärung der Krankenkasse vorlegen. Die Krankenkasse speichert Ihre Vertragsdaten zur Dokumentation der Teilnahme an dem Vertrag zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie und überprüft, ob Sie bei ihr versichert sind. Ggf. informiert Ihre Krankenkasse den von Ihnen gewählten Arzt, ob die Einschreibung abschließend erfolgreich vollzogen werden konnte.

Im Falle der Kündigung Ihrer Teilnahme am Vertrag gegenüber der Krankenkasse übermittelt diese Ihre Kündigungserklärung an Ihren behandelnden Arzt. Soweit Sie beim behandelnden Arzt kündigen, übermittelt dieser Ihre Kündigungserklärung an Ihre Krankenkasse.

Die Vertragsdaten zur Teilnahme sowie gegebenenfalls zur Beendigung Ihrer Teilnahme am Vertrag übermittelt die Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle (PVS pria GmbH, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim a.d. Ruhr).

Zum Zwecke der Prüfung der Abrechnung Ihres Arztes können Ihre Teilnahme- und eine eventuelle Kündigungserklärung durch Ihren Arzt einer Kommission aus Vertretern Ihrer Krankenkasse, der DZVhÄ Managementgesellschaft und betroffenen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie vorgelegt werden.

2. Abrechnungsdaten und Behandlungsunterlagen

a) Erstellung der Abrechnung

Die erbrachten Leistungen Ihres Arztes und der von Ihnen konsultierten stationären Einrichtungen werden gemäß § 295a SGB V, § 80 SGB X gegenüber Ihrer Krankenkasse im Auftrag der DZVhÄ Managementgesellschaft durch eine beauftragte Abrechnungsgesellschaft (PVS pria GmbH) abgerechnet. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt Ihr behandelnder Arzt Ihre erforderlichen Abrechnungsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Versichertennummer, Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen) an die PVS pria GmbH. Die PVS pria GmbH wird daraus die korrekte Abrechnung erstellen und sie an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Alle Mitarbeiter der PVS pria GmbH unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, dem Datenschutz und dem Sozialgeheimnis.

b) Prüfung der Abrechnung

Zum Zwecke der Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung der Leistungen Ihres Arztes und der Qualität der durchgeführten Behandlung gewährt Ihr Arzt in Einzelfällen auf Anforderung ärztlichen Prüfern, die von der DZVhÄ Managementgesellschaft mit der Prüfung beauftragt wurden, vollständige Einsichtnahme in Ihre von Ihrem Arzt geführte Patientenakte sowie alle Ihre Behandlung betreffenden Abrechnungsdaten. Dazu werden diese Daten und Unterlagen von Ihrem Arzt an die zur Koordinierung der Abrechnungsprüfung eingeschaltete DZVhÄ Managementgesellschaft und von dieser an die ärztlichen Prüfer weitergegeben. Vor der Weitergabe wird Ihr Name unkenntlich gemacht. Die verantwortliche Stelle für die Verarbeitung der Daten ist die DZVhÄ Managementgesellschaft. Alle mit dieser Datenverarbeitung betrauten Personen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, dem Datenschutz und dem Sozialgeheimnis. Es wird darauf hingewiesen, dass die ärztlichen Prüfer von Zeit zu Zeit wechseln und daher nicht namentlich benannt werden können. Die ärztlichen Prüfer unterliegen jedoch alle der ärztlichen Schweigepflicht. Sie unterwerfen sich zudem gegenüber der DZVhÄ Managementgesellschaft einer Vereinbarung, welche die Einhaltung des Datenschutzes und von technisch-organisatorischen Maßnahmen, insbesondere Maßnahmen zur IT-Sicherheit, zum Gegenstand hat.

3. Patientenakte

Die mit Ihrem Einverständnis von Ihrem behandelnden Arzt im Rahmen dieses Vertrages zu Ihrer Behandlung hinzugezogenen Ärzte können mit Ihrem jeweiligen Einverständnis pro Behandlungsfall Behandlungsdaten im erforderlichen Umfang aus der Behandlungsdokumentation Ihres behandelnden Arztes abrufen und nutzen.

II. Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im oben unter „I. Information zur Datenverarbeitung“ beschriebenen Umfang und zu den dort beschriebenen Zwecken verarbeitet werden. Ich entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Ich habe das Recht, jederzeit die bei einem der beteiligten Leistungserbringer vorhandenen mich betreffenden Daten sowie die in der gemeinsamen Dokumentation vorhandenen Daten über meine Person bei diesem einzusehen. Dies schließt die persönlichen Aufzeichnungen des behandelnden Arztes nicht ein.

Datum

Unterschrift Patient(in)