



Patientendaten (Formularkopf links oben drucken oder Aufkleber anbringen)

Gültig ab 01.07.2023

Hinweise an den Leistungserbringer

- ▶ Dieses Formular mit der Kennung IM gilt ausschließlich für an der Versorgung „Integrative Medizin“ teilnehmende Krankenkassen (derzeit Bergische Krankenkasse).
- ▶ Beide Seiten der unterschriebenen „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ sind an die Krankenkasse des Patienten zu faxen. Weitere Informationen und eine Liste der Faxnummern unter www.mgl-gesund.de.
- ▶ Ein vollständig unterschriebenes Exemplar dieser „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ (beide Seiten) ist in der Patientenakte zu verwahren.

Teilnahme- und Einwilligungsserklärung des Patienten für die Versorgung mit Integrativer Medizin

1. Ja, ich möchte an der von der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH (MGL) und meiner Krankenkasse angebotenen besonderen Versorgung mit Integrativer Medizin (im Folgenden „Versorgung“ genannt) teilnehmen und wünsche meine Behandlung auf Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

2. Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung, die nähere Informationen zu den Zielen und Inhalten der Versorgung enthält, hat mir mein Arzt vor Unterzeichnung als Ausdruck im Auftrag meiner Krankenkasse überreicht. Im Rahmen dieser Versorgung wird auf der Grundlage des § 140a SGB V der Zugang zu einer individuellen integrativ-medizinischen Beratung und Behandlung für die Versicherten meiner Krankenkasse geregelt.

3. Die Versorgung umfasst zahlreiche Therapieverfahren der Besonderen Therapierichtungen, u.a. Anthroposophische Medizin, Ayurveda, Ernährungstherapie, Homöopathie, Kinesiologie, Osteopathie, Physikalische Therapie, Phytotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin. Eine vollständige Liste finde ich auf der Homepage der MGL unter www.mgl-gesund.de/integrative-medin. Mein Arzt wählt unter Berücksichtigung meiner Wünsche, der medizinischen Indikation sowie seiner eigenen Kenntnisse ein oder mehrere nach diesem Versorgungsangebot zugelassene geeignete Therapieverfahren aus und entscheidet unter Beachtung der Vertragsbedingungen und des Wirtschaftlichkeitsgebotes über deren Kombination, Intensität und Frequenz.

Die Leistungen umfassen: Homöopathische/naturheilkundliche Anamnese; Homöopathische Analyse/Repertorisation bzw. naturheilkundliche Behandlungsplanung; Folgebehandlung.

Ich bin darüber informiert worden, dass der integrativ-medizinische Ansatz bei allen Erkrankungen mit zwingender Operationsindikation und in den Fällen der Intensivmedizin nicht indiziert oder nur als Ergänzung geeignet ist. Mir ist darüber hinaus bekannt, dass die Kosten für nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähige Arzneimittel nicht Gegenstand dieser Versorgung sind.

4. Mein Arzt hat mich im Auftrag meiner Krankenkasse darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist.

5. Ich bin damit einverstanden, dass eine Behandlung im Rahmen dieser Versorgung nur durch die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte erfolgt und meine freie Arztwahl im Rahmen des Versorgungsangebotes auf diese Ärzte beschränkt ist. Die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte kann ich der fortlaufend aktualisierten Internetseite www.mgl-gesund.de/integrative-medin entnehmen.

6. Meine Teilnahmeerklärung erfolgt in zweifacher Ausführung, wobei ich ein Exemplar erhalte und ein Exemplar bei meinem Arzt verbleibt. Eine Kopie meiner Teilnahmeerklärung erhält nach meiner Einschreibung meine Krankenkasse. Mit dem bei mir verbleibenden Exemplar informiere ich andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte vor Inanspruchnahme von Leistungen über meine Teilnahme.

7. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen nehme ich ab Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung an der Versorgung teil und darf entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen.

8. Für den Fall, dass ich am Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung auch an einer zwischen der von der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH und meiner Krankenkasse angebotenen besonderen Versorgung mit Klassischer Homöopathie teilnehme, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Teilnahme an der Versorgung mit Klassischer Homöopathie mit sofortiger Wirkung endet.

9. Ich bin ab der Unterzeichnung meiner Teilnahmeerklärung für ein Jahr an diese Versorgung gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht spätestens vier Wochen vor Ablauf des ersten oder jedes weiteren Jahres meine Teilnahme künde.

10. Ich kann meine Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen, wenn besondere Gründe (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt) vorliegen. Dies gilt auch für den Fall, dass ich an einer von meiner Krankenkasse angebotenen hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen möchte.

12. Kündigungen erfolgen schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse. Meine Krankenkasse informiert meinen Arzt von meiner Kündigung.

12. Meine Teilnahme endet

- mit Wirksamkeit einer Kündigung gemäß den Ziffern 7 und 8;
- bei einem Widerruf meiner Teilnahme gegenüber meiner Krankenkasse (siehe Ziffer 12);
- bei Widerruf meiner Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke (siehe Anlage „Einwilligungserklärung zum Datenschutz“);
- mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses zu meiner Krankenkasse oder
- wenn der dieser Versorgung zu Grunde liegende Vertrag durch die Vertragspartner gekündigt wird.

Außerdem kann meine Krankenkasse meine Teilnahme durch Kündigung mit sofortiger Wirkung beenden, wenn ich meine sich aus dieser Teilnahmeerklärung ergebenden Verpflichtungen nicht einhalte.

13. Mit der Teilnahme an dieser Versorgung ist eine anderweitige Inanspruchnahme integrativ-medizinischer Leistungen, wie sie im Rahmen der Versorgung angeboten werden, 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.

14. **Mein Recht auf Widerruf:** Hiermit wurde ich von meinem Arzt im Auftrag meiner Krankenkasse darüber belehrt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Unterzeichnung widerrufen kann. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn mein Arzt als Vertreter meiner Krankenkasse mir diese Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Datum

Unterschrift Patient(in)

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

Betriebsstätten-Nr.

LANR

Einwilligungserklärung Datenschutz

I. Information zur Datenverarbeitung

Ihre Daten werden im Rahmen der Versorgung wie folgt verarbeitet:

1. Patientendaten/Teilnahmeerklärung
Ihr behandelnder Arzt und Ihre Krankenkasse speichern ihre Patientendaten und Ihre Teilnahmeerklärung zur Dokumentation der Teilnahme an der Versorgung. Die Krankenkasse überprüft, ob Sie bei ihr versichert sind. Ggf. informiert Ihre Krankenkasse den von Ihnen gewählten Arzt, wenn die Einschreibung nicht vollzogen werden konnte.
Die Kündigung Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung muss gegenüber Ihrer Krankenkasse erfolgen (siehe Ziffer 9 der Teilnahmeerklärung). Ihre Krankenkasse übermittelt Ihre Kündigungserklärung dann an Ihren behandelnden Arzt.
Zum Zwecke der Prüfung der Abrechnung Ihres Arztes können Ihre Teilnahme- und eine eventuelle Kündigungserklärung vom Empfänger Vertretern Ihrer Krankenkasse, der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH (MGL) und betroffenen Leistungserbringern vorgelegt werden.
2. Abrechnungsdaten und Behandlungsunterlagen
Die erbrachten Leistungen Ihres Arztes werden gemäß § 295a SGB V, § 80 SGB X gegenüber Ihrer Krankenkasse im Auftrag der MGL durch eine beauftragte Abrechnungsgesellschaft (PVS pria GmbH, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim a. d. Ruhr) abgerechnet. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt Ihr behandelnder Arzt Ihre erforderlichen Abrechnungsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Versichertennummer, 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.
Ihre Daten werden für die Dauer Ihrer Teilnahme an der Versorgung und bis zum Ablauf gesetzlicher Aufbewahrungspflichten gespeichert. Anschließend – spätestens nach 10 Jahren – werden Ihre Daten gelöscht. Alle Mitarbeiter der PVS pria GmbH und der Abrechnungsgesellschaft unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, dem Datenschutz und dem Sozialgeheimnis.
Rechtsgrundlage für die vorstehende Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung, Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO i.V.m. § 140a Abs. 5 SGB V, § 295a Abs. 1 S. 2 SGB V.

3. Keine Pflicht zur Bereitstellung der Daten
Es gibt keine gesetzliche oder vertragliche Regelung, die Sie zur Bereitstellung Ihrer Daten oder zur Einwilligung verpflichtet. Ohne Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung ist eine Teilnahme am Vertrag allerdings nicht möglich.
4. Sie haben folgende Rechte:
 - Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X).
 - Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
 - Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X).
 - Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i.V. m. § 84 SGB X).
 - Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).
 - Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).
 - Das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO i.V. m. § 82 SGB X), z.B. bei der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Husarenstr. 30, 53117 Bonn, www.bfdi.bund.de).

II. Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im oben unter „I. Information zur Datenverarbeitung“ beschriebenen Umfang und zu den dort beschriebenen Zwecken übermittelt und verarbeitet werden. Ich entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte sowie ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt davon unberührt. Die Folge des Widerrufs dieser Erlaubnis zur Datenverarbeitung ist auch die Beendigung der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag.

Datum

Unterschrift Patient(in)

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung zu Abrechnungszwecken ist die MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH (MGL), Geschäftsstelle: Axel-Springer-Straße 54 B, 10117 Berlin. Den Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter vorstehender Adresse, Stichwort „Datenschutzbeauftragter“ oder per Mail unter datenschutz@mgl-gesund.de. Verantwortliche Stelle für die Verwaltung der Teilnahme (Einschreibung, Kündigung) ist Ihre Krankenkasse. Neben der MGL beantwortet Ihnen auch Ihre Krankenkasse Fragen rund um die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung. Von Ihrem Arzt erhalten Sie alle Kontaktinformationen und weitere Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten. Diese finden Sie auch jederzeit im Internet unter www.mgl-gesund.de unter Integrative Medizin > Vertragsteilnehmer/Krankenkassen oder können telefonisch unter 030 - 325 973 420 erfragt werden.