

## Kontaktdatenblatt GLA:D<sup>®</sup>

### IHRE DATEN

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer / Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNG:

Gesetzlich  Privat

Bitte nur ankreuzen, falls Sie gesetzlich versichert sind:

Pflichtversichert (1)  Familienversichert (3)  Berentet oder deren familienversicherte Angehörige (5)

Nummer der Versicherung (IK-Nummer): \_\_\_\_\_  
(siehe Seite 2)

Versichertennummer (eKvnR): \_\_\_\_\_  
(siehe Seite 2)

### ANGABEN

Diagnose (Mehrfachnennungen möglich):

Kniearthrose rechts  Kniearthrose links

Hüftarthrose rechts  Hüftarthrose links

Wurde bei Ihnen bereits ein Röntgenbild aufgrund dieser Beschwerden gemacht?

ja  nein

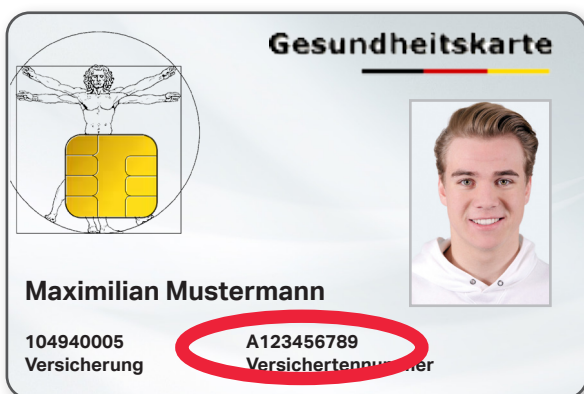
Haben Sie aufgrund dieser Beschwerden in den letzten 12 Monaten Physiotherapie erhalten?

ja  nein

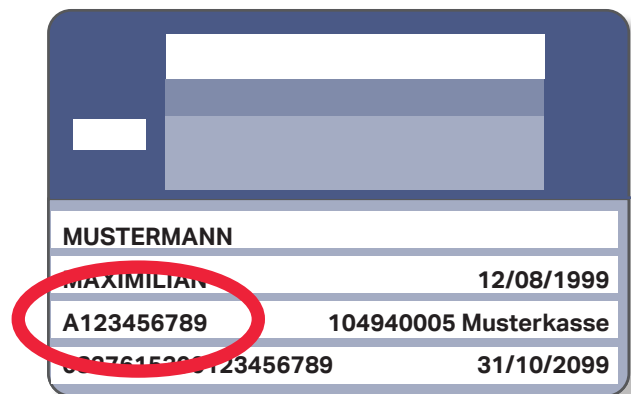
## Wo finde ich welche Angaben auf meiner Versichertenkarte?

### Versichertennummer (ekVnr):

- Vorderseite unter „Versichertennummer“
- Rückseite unter „6. Persönliche Kennnummer“



Vorderseite



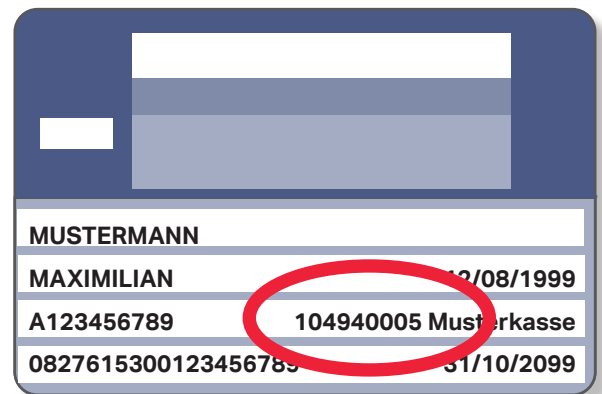
Rückseite

### Nummer der Versicherung (IK-Nummer):

- Vorderseite unter „Versicherung“
- Rückseite unter „7. Kennnummer des Trägers“



Vorderseite



Rückseite

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

**Teilnahme- und  
Einwilligungserklärung zur  
besonderen Versorgung  
und Datenverarbeitung**



**Original verbleibt beim Arzt**

Deutsche Arzt Management GmbH  
Im Teelbruch 118  
45219 Essen

Vertragskennzeichen:  
12038400262



**A. Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung  
zur Etablierung einer weiterentwickelten, Sektor übergreifenden Physiotherapie,  
die Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll  
nach § 140a SGB V.**

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung bis nach der letzten durchgeführten Einzelsitzung mit Austrittsuntersuchung einschließlich des letzten digitalen Patienten- Fragebogenassessments (12 Monate) gebunden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser Besonderen Versorgung gebunden. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige.

**Widerrufsbelehrung**

**Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.**

**B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten**

Die Patienteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

**Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**

**C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:**