

Kontaktdatenblatt GLA:D[®]

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



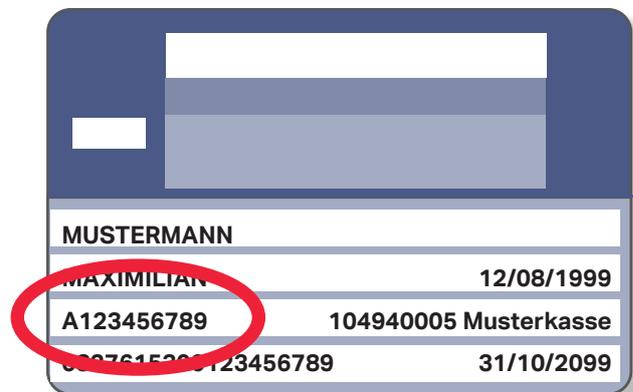
Wo finde ich welche Angaben auf meiner Versichertenkarte?

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
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung zur Teilnahme

am Vertrag zur Besonderen Versorgung zur Etablierung einer weiterentwickelten sektorübergreifenden Physiotherapie, die Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll

Vertragskennzeichen: 120A1400653

Ausfertigung für die Versicherten

1. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahme an der besonderen Versorgung jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meiner Krankenkasse schriftlich kündigen. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bin bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. **Ich bin mit dem Inhalt der Versicherteninformation „Etablierung einer weiterentwickelten sektorübergreifenden Physiotherapie, Die Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll“ und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich in der Versicherteninformation.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird. Die Teilnahme endet auch, wenn meine erforderliche Mitwirkung fehlt.

2. Information zur Durchführung Ihrer Teilnahme

Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einen medizinischen Notfall eine/n Arzt/Ärztin oder einen Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl unberührt.

Folgen von Pflichtverstößen

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können Ihnen die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Leistungserbringers entstandenen Mehrkosten auferlegt werden. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen (z.B. wiederholte, schuldhaftes Nicht-Einhaltung der Therapieempfehlung), können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

2. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der beschriebenen Verarbeitung meiner Daten (siehe Versicherteninformation) einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Abrechnungszwecke

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse die mit der Abrechnung beauftragten Managementgesellschaft (Deutsche Arzt Management GmbH, Im Teelbruch 118, 45219 Essen) über den aktuellen Stand meiner Teilnahme informiert.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

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

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag zur Besonderen Versorgung zur Etablierung einer weiterentwickelten sektorübergreifenden Physiotherapie, die Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll

Vertragskennzeichen: 120A1400653

Ausfertigung für die Krankenkasse

1. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahme an der besonderen Versorgung jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meiner Krankenkasse schriftlich kündigen. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. **Ich bin mit dem Inhalt der Versicherteninformation „Etablierung einer weiterentwickelten sektorübergreifenden Physiotherapie, Die Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll“ und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich in der Versicherteninformation.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird. Die Teilnahme endet auch, wenn meine erforderliche Mitwirkung fehlt.

2. Information zur Durchführung Ihrer Teilnahme

Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einen medizinischen Notfall eine/n Arzt/Ärztin oder einen Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl unberührt.

Folgen von Pflichtverstößen

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können Ihnen die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Leistungserbringers entstandenen Mehrkosten auferlegt werden. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen (z.B. wiederholte, schuldhaftes Nicht-Einhaltung der Therapieempfehlung), können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

2. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der beschriebenen Verarbeitung meiner Daten (siehe Versicherteninformation) einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Abrechnungszwecke

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse die mit der Abrechnung beauftragten Managementgesellschaft (Deutsche Arzt Management GmbH, Im Teelbruch 118, 45219 Essen) über den aktuellen Stand meiner Teilnahme informiert.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin