

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

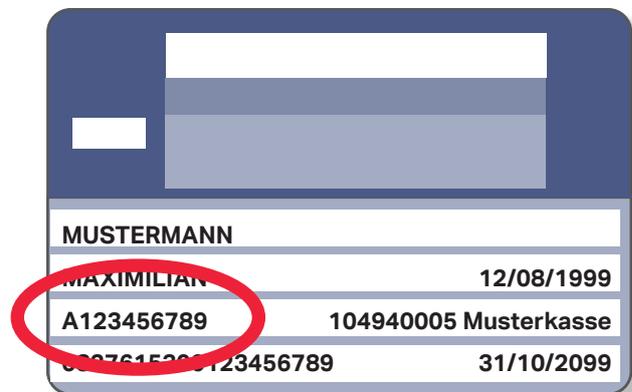
Wo finde ich welche Angaben auf meiner Versichertenkarte?

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/ der Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennzeichen	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:
Deutsche Arzt Management GmbH, Im Teelbruch 118
45219 Essen

Vertrags-Kennzeichen:
121A12KK034

Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Vertrag gemäß § 140a SGB V zur

Etablierung einer weiterentwickelten, Sektor übergreifenden Physiotherapie, die Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll

I. Teilnahmeerklärung

1. Teilnahme an der besonderen Versorgung

Ich möchte an diesem Behandlungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran Beteiligten, die Deutsche Arzt Management GmbH (nachfolgend DAMG), die IVM plus GmbH sowie die am Vertrag teilnehmenden ärztlichen und physiotherapeutischen Leistungserbringer wurde ich von dem behandelnden ärztlichen Leistungserbringern aufgeklärt. Zudem habe ich hierzu die beigelegten schriftlichen Informationen erhalten. Mit der Behandlung durch die an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringer, ebenso mit den geschilderten Abläufen und Bedingungen dieser Versorgung bin ich einverstanden, so wie sie in der beigelegten Versicherteninformation und dem Informationsblatt zum Angebot beschrieben sind.

Die reguläre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist für mich **kostenfrei** und wird mir von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf dieser Teilnahmeerklärung zum Vertrag. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe bei der KKH ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner KKH widerrufen. Die Frist für den Widerruf beginnt, wenn ich von der KKH eine schriftliche oder elektronische Belehrung über mein Widerrufsrecht erhalten habe, jedoch frühestens mit Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Die Kontaktdaten meiner KKH finde ich in der beigelegten Versicherteninformation. Durch den Widerruf meiner Teilnahmeerklärung wird meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung rückwirkend beendet.

2. Außerordentliche Kündigung und Beendigung der weiteren Teilnahme

Die Teilnahme kann nur aus einem wichtigen Grund außerordentlich gekündigt werden. In diesem Fall wird meine Teilnahme mit sofortiger Wirkung beendet. Ein solcher wichtiger Grund liegt z. B. in folgenden Fällen vor:

- Die Teilnahme bis zum Ablauf der zeitlichen Bindung nicht zumutbar ist.
- Das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Leistungserbringer ist nachhaltig gestört.
- Ich kann einen an dieser Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, z. B. aufgrund eines Wohnortwechsels, nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Der Widerruf meiner Teilnahmeerklärung oder die außerordentliche Kündigung meiner Teilnahme hat zur Folge, dass ich nicht mehr an dieser besonderen Versorgung teilnehmen kann. Darüber hinaus entstehen für mich keine Nachteile und ich werde in allen Angelegenheiten von meiner KKH weiterhin so gut betreut wie zuvor.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch:

- wenn mein Versicherungsverhältnis bei der KKH endet oder
- der nachgehende Leistungsanspruch erloschen ist oder
- mit meinem Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung oder
- wenn der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird oder
- nach einer Laufzeit von 12 Monaten.

3. Bindung während der Teilnahmezeit

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Behandlungserfolg durch eine aktive Mitwirkung selbst steuern kann. Um den Behandlungserfolg zu sichern, bin ich während der Teilnahmezeit an diesem Vertrag für die Behandlung meiner Erkrankung bis zum Behandlungsende an die teilnehmenden Leistungserbringer gebunden. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, kann ich ggf. auch mit Mehrkosten belastet werden, die hierdurch entstehen. Für meine sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, kann ich meine Ärzte weiterhin frei wählen. Auch liegt eine unberechtigte Inanspruchnahme von weiteren Leistungserbringern außerhalb dieser Versorgung nicht vor, wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige oder durch den teilnehmenden Leistungserbringer an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werde.

Sofern ich zu der erforderlichen Mitwirkung an der Therapie dieser besonderen Versorgung nicht bereit bin oder zur Behandlung meiner Erkrankung ohne Absprache ärztliche oder physiotherapeutischer Leistungserbringer außerhalb dieser Versorgung in Anspruch nehme, kann ich von der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ausgeschlossen werden.

II. Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Ich habe mit der beigefügten Versicherteninformation schriftlich Informationen darüber erhalten, wie und wo meine personenbezogenen Daten für die Durchführung dieser Versorgung verarbeitet werden. Diese Information habe ich zur Kenntnis genommen, bin mit den dort beschriebenen Abläufen einverstanden und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im geschilderten erforderlichen Umfang ein.

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner KKH widerrufen (Kontaktdaten siehe Versicherteninformation). Die freiwillige Einwilligung in die beschriebene Verarbeitung meiner Daten ist jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsangebot, da den beteiligten Stellen die Durchführung dieser Versorgung ansonsten nicht möglich wäre. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Eingang meines Widerrufs nicht berührt.

Auch durch den Widerruf meiner Einwilligung in die Datenverarbeitung entstehen mir keine sonstigen Nachteile. Die Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der Regelversorgung kann ich weiterhin in Anspruch nehmen.

Ich habe jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die dort über mich verarbeiteten personenbezogenen Daten einzusehen, abzurufen sowie die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung oder Löschung zu verlangen. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, so dass die Daten regelmäßig gelöscht werden, sobald sie für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenversicherung nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch nach 10 Jahren. Die näheren Informationen zum Datenschutz und zu meinen Rechten ergeben sich aus der beigefügten Versicherteninformation.

III. Patientenbefragung

Um die Qualität dieser besonderen Versorgung weiter zu verbessern, werden nach Abschluss der Behandlung ggf. Patientenbefragungen durchgeführt. Mir entstehen keinerlei Nachteile, wenn ich nicht daran teilnehmen möchte. Die Teilnahme am Versorgungsangebot ist hiervon unabhängig. Bei der Patientenbefragung schicke ich den Fragebogen ohne die Angabe meines Namens und weiterer persönlicher Daten an die KKH. Die Auswertung erfolgt anonymisiert.

Ja, die KKH darf mir Unterlagen zu einer Patientenbefragung zusenden.

Nein, ich möchte nicht an einer Patientenbefragung teilnehmen.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung (I.) sowie mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (II.) und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

X

Datum

X

Unterschrift der/des Versicherten oder der gesetzlichen
Vertretungsperson

Vom einschreibenden Leistungserbringer auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

Ich bestätige, dass ich für die vorgenannte Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den Versicherten / gesetzliche Vertreterin oder gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Datum

Unterschrift, Stempel