

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

Alles Gute.



**Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS gemäß § 140a SGB V**  
**Vertragskennzeichen: 12052400273**

## **Teilnahmeerklärung am Vertrag zur besonderen Versorgung und Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung**

- Ich wünsche eine Behandlung auf Grundlage des oben genannten besonderen Versorgungsvertrages. Der Inhalt dieses Vertrages wurde mir ausführlich und verständlich erläutert.

### **Zu den Leistungserbringern dieses Versorgungsvertrages gehören:**

- Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendärzte
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche
- Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten

### **Weitere beteiligte Stellen sind:**

- Ihre Betriebskrankenkasse
- Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

### **Hiermit erkläre ich, dass**

- ich ausführlich und umfassend über den Behandlungsprozess nach diesem Vertrag durch meinen behandelnden Arzt informiert wurde.

### **Ich wurde informiert, dass**

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist.
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner Betriebskrankenkasse der Ausschluss aus diesem Vertrag erfolgt.
- meine Teilnahme an diesem Vertrag grundsätzlich mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt und mit dem Abschluss der Behandlung nach diesem Vertrag endet.
- ich meine Teilnahme jederzeit aus wichtigem Grund gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen kann. Wichtige Gründe sind beispielweise ein Wohnortwechsel oder eine nachhaltige Störung des Behandlungsverhältnisses.
- ich mich verpflichte, die Behandlung meiner Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts) Störung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten durchzuführen zu lassen und andere Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch genommen werden können. und ein Verstoß gegen diese Vorgaben zu einem Ausschluss aus dem Versorgungskonzept durch meine Betriebskrankenkasse führen kann.
- **ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

**Ich stimme zu, dass**

der Leistungserbringer sich mit meinem Facharzt/Hausarzt über die Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauscht. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von Ihrer Schweigepflicht.

**Ja**, ich möchte an diesem Vertrag zur besonderen Versorgung teilnehmen.

**Ja**, ich wurde vom Leistungserbringer über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten aufgeklärt.

---

Datum

---

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

**Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung:**

Hiermit erkläre ich,

- dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten habe und mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verwaltungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenübermittlung freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht (weiter) an der Versorgung teilnehmen kann. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

---

Datum

---

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters