

## Anlage 8c

### Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,  
liebe Sorgeberechtigte und Eltern,

wir freuen uns über Ihr Interesse einer Teilnahme an unserem besonderen Versorgungsvertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit (Hyperaktivitäts-) Störung). Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieses Versorgungsvertrages informieren, die Sie vor einer Teilnahme wissen sollten:

#### **Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages**

Das Ziel des Vertrages ist es, ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen möglichst flächendeckend Versorgungsstrukturen anzubieten, die eine qualitativ hochwertige, leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung sicherzustellen. Durch die interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte und Vertragspsychotherapeuten erfolgt eine koordinierte und zielgerichtete Behandlung.

#### **Rechte und Pflichten bei Teilnahme an diesem Vertrag**

Als Versicherte(r) Ihrer Betriebskrankenkasse können Sie/kann Ihr Kind an diesem Versorgungsvertrag teilnehmen, wenn bei Ihnen/Ihrem Kind ADHS/ADS diagnostiziert wurde, oder der Verdacht auf ADHS/ADS besteht. Sie geben schriftlich Ihr Einverständnis zur Teilnahme auf der dafür vorgesehenen Teilnahmeerklärung, nachdem Sie zuvor umfassend über die Inhalte dieses Vertrages aufgeklärt wurden. Damit beginnt grundsätzlich Ihre Teilnahme an diesem Vertrag. Ihr Arzt unterschreibt die Teilnahmeerklärung ebenfalls und händigt Ihnen eine Mehrfertigung aus.

#### **Mitwirkungspflichten sowie Folgen fehlender Mitwirkung**

Durch Ihre Teilnahmeerklärung verpflichten Sie sich, für die Dauer der Behandlung nach diesem Vertrag die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur bei den an Vertrag teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten in Anspruch zu nehmen. Ein Verstoß gegen diese Vorgaben kann zu einem Ausschluss aus dem Versorgungskonzept durch Ihre Betriebskrankenkasse führen.

#### **Widerrufsrecht**

***Ihre Teilnahme bzw. die Teilnahme Ihres Kindes an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.***

#### **Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme**

Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie/ist Ihr Kind für die Dauer dieser besonderen Versorgung bis zum Behandlungsende an die Teilnahme gebunden. Sie können Ihre Teilnahme/die Teilnahme Ihres Kindes, jedoch bei Vorliegen eines wichtigen Grundes auch darüber hinaus jederzeit kündigen. Wichtige Gründe können beispielsweise ein Wohnortwechsel oder ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu Ihrem Arzt sein.

Wir wünschen Ihnen alles Gute.  
Freundliche Grüße **Ihre Betriebskrankenkasse**