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

Anlage 2

Besondere Versorgung
Teilnahmeerklärung

Frühzeitige Diagnostik und Behandlung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Baden-Württemberg

Vertrags-Nr.:
121522DA030

DAK Spezialisten-Netzwerk

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:
DAK-Gesundheit, Fachzentrum Ambulante Abrechnungen, Balinger Str. 80, 72336 Balingen. Fax. Nr. 07433 96729-7004, E-Mail: igv@dak.de

Teilnahmeerklärung

1. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme

Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt hat mich ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert. **Eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot wurde mir ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden**. Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden. Danach ist jederzeit eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen möglich. Ich kann meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen. Ein wichtiger Grund liegt z. B. bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meiner mich betreuenden Ärztin/meines mich betreuenden Arztes vor. Mir ist bekannt, dass meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt eine Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führt.

2. Widerrufsrecht

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.

3. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das mir ausgehändigte Datenschutzmerkblatt habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt oder der DAK-Gesundheit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum Unterschrift Versicherte(r) / gesetzlicher Vertreter

Datum Unterschrift Leistungserbringer

982-803A/10.20